

Barrieren abbauen - Zugänge schaffen: Ältere Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsvorsorge

Verzeichnis, Liste, Dokumentation / list

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Land Rheinland-Pfalz Staatskanzlei Landesbeauftragte für Ausländerfragen. (2003). *Barrieren abbauen - Zugänge schaffen: Ältere Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsvorsorge*. Mainz. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-346633>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Barrieren abbauen – Zugänge schaffen

*Ältere Migrantinnen und Migranten
in der Gesundheitsvorsorge*

Dokumentation des Pilotprojekts BACI
im Landkreis Alzey-Worms



*Barrieren abbauen – Zugänge schaffen
Ältere Migrantinnen und Migranten
in der Gesundheitsversorgung*

*Dokumentation des Pilotprojekts BACI
im Landkreis Alzey- Worms*

Inhalt

5	Vorwort
7	Grußwort
9	Warum entstand das Projekt BACI?
11	„Ariadnefaden“ oder: Wo geht's lang? Zur Rahmenkonzeption des Pilotprojekts
17	Projektverlauf
27	Neue Alte in der Sozialen Altenarbeit - Der Arbeitsansatz des Modellprojekts BACI
37	Innovation durch Integration und Vernetzung. Praktische Perspektiven einer integrativen Alten- und Gesundheitshilfe am Beispiel des Projekts BACI. Ergebnisse des Projekts
45	Erfahrungen nutzen und zu Strukturverbesserungen kommen - Ausblick und Perspektiven

Vorwort

BACI ist die türkische Bezeichnung für Schwester, Nachbarin, Schwägerin oder auch Freundin. Sie sucht man auf, um Freud und Leid oder auch Sorgen zu teilen. Dies sollte der Ausgangspunkt für das Beratungsangebot im Rahmen des Pilotprojekts im Landkreis Alzey-Worms sein. Absicht war es, durch ein zeitlich befristetes und wissenschaftlich evaluiertes Angebot einerseits zu ganz konkreten Verbesserungen für ältere türkische Migrantinnen und Migranten im Zugang zu vorhandenen Gesundheitsversorgungsangeboten zu kommen und dabei andererseits fundierte Informationen darüber zu gewinnen, welche strukturellen Voraussetzungen zu schaffen sind, damit bestehende Probleme gelöst werden können.

Ohne die Unterstützung der vielen beteiligten Institutionen und ohne das persönliche Engagement der Ausführenden hätte dieses Projekt kein Erfolg werden können. Ihnen gebührt der Dank für ihren Einsatz und ihre Bereitschaft, sich auf ein neues Feld vorzuwagen und sich mit den daraus erwachsenden Erfahrungen konstruktiv auseinander zu setzen.

Mit der nun vorliegenden Dokumentation dieses Pilotprojekts stellen wir die gewonnenen Erfahrungen einem interessierten Fachpublikum zur Verfügung.

Maria Weber

Landesbeauftragte für Ausländerfragen Rheinland-Pfalz

Grußwort

Nachdem die Landkreise und kreisfreien Städte durch das Landesgesetz für psychisch kranke Personen Verantwortung übernommen haben, war es für uns als Landkreis Alzey-Worms keine Frage, das Projekt BACI auf den Weg zu bringen, um die Situation von Migrantinnen und Migranten im gesundheitlichen Bereich zu erforschen.

Da der Landkreis jedoch nicht alleine die anfallenden Kosten schultern konnte, suchte er Kooperationspartner, die er in der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, der Ausländerbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz bei der Staatskanzlei, dem Verein zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz, dem Landesverband des Deutschen Roten Kreuzes und fand.

Die Ergebnisse des zweijährigen Projektes haben gezeigt, dass ein Bedarf an kompetenter muttersprachlicher Beratung gegeben ist, so dass über die Integration eines Beratungsangebotes in bestehende Strukturen nachzudenken sein wird.

Allen beteiligten Behörden und Institutionen gilt mein Dank für eine hervorragende Zusammenarbeit.

Meine besondere Anerkennung aber gebührt denjenigen Menschen, die durch ihren persönlichen Einsatz das Projekt zu einem Erfolg werden ließen.

Hansjochem Schrader

Landrat des Kreises Alzey-Worms

Gründe

■ Dr. Gerlinde Piepenhagen und Jockel Jung

Warum entstand das Projekt BACI?

Aus der klinischen Information der Rheinhessen-Fachklinik heraus, dass immer mehr Migrantinnen und Migranten einer stationären Behandlung bedürfen und anschließend ohne eine kompetente Nachsorge wieder in die bekannte Problematik verfallen, machte sich der Arbeitskreis Gerontopsychiatrie sowie der Psychiatriebeirat des Landkreises Alzey-Worms gemeinsam Gedanken über eine Lösung des Problems.

Als erster Schritt wurde eine Analyse der Gesamtregion in Bezug auf die Altersstruktur, Verteilung und Anzahl der Migrantinnen und Migranten vorgenommen. Dabei stellte sich heraus, dass im Gebiet der Verbandsgemeinde Wörrstadt der Anteil ausländischer Mitbürgerinnen und Mitbürger innerhalb des Landkreises Alzey-Worms den höchsten Anteil an der Gesamtbevölkerung hatte.

Daraus resultierend, verfestigte sich die Überlegung, in dieser Region eine Verbesserung der Versorgung dieses Personenkreises zu erzielen. Zu diesem Zeitpunkt standen keine ausreichenden finanzielle Ressourcen zur Verfügung, so dass - wollte man das Projekt in Angriff nehmen - Kooperationspartner notwendig waren.

Die vom Landkreis erarbeitete Idee zu einem Modellprojekt überzeugte die Landeszentrale für Gesundheitsförderung e.V., Mainz, das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, die Ausländerbeauftragte des Landes Rheinland-Pfalz, den Verein zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz, in das gewünschte Pilotprojekt zu investieren.

Mit dem Landesverband des Deutschen Roten Kreuzes, Mainz, konnte ein kompetenter Partner als Träger gewonnen werden.

Nun stand der Umsetzung nichts mehr im Wege, so dass der Landesverband des DRK mit der Einrichtung einer auf zwei Jahre befristeten Beratungsstelle beginnen konnte. Die offizielle Eröffnung der Beratungsstelle BACI in Wörrstadt erfolgte am 2. März 2001.

Das Ziel der auf zwei Jahre befristeten Maßnahme war insbesondere auch daraufhin ausgelegt, wissenschaftlich untermauerte Aussagen und Ergebnisse zu erhalten. Die wissenschaftliche Begleitung führte das Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. durch, das von Anfang an mit dem Projekt und dessen Zielen vertraut war.

Zu den von Beginn an definierten Zwischenschritten wurden Erkenntnisse mit allen Beteiligten erörtert, und diese flossen dann in die tägliche Beratung sowie in die wissenschaftlichen Fragestellungen mit ein.

Mit Ablauf des 31. Dezember 2002 endete das ehrgeizige Vorhaben.

Als Fazit kann durchaus festgestellt werden, dass die als Ausgangsbasis bekannt gewordenen Beratungsdefizite bestehen. Allerdings erscheint es nicht angebracht, zusätzliche Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten zu schaffen, sondern das notwendige spezielle „Know-how“ muss in die vorhandenen Beratungsstellen transferiert werden. Dadurch könnte die Integration von Migrantinnen und Migranten erheblich verbessert werden.

Dr. Gerlinde Piepenhagen ist Vorsitzende des Psychiatriebeirates im Landkreis Alzey-Worms.
Jockel Jung ist Psychiatriekoordinator des Landkreises.

Rahmenkonzeption

■ Mechthild Gerigk-Koch M.A. und Birgitta Brixius-Stapf

„Ariadnefaden“ oder: Wo geht's lang?

„Viele Köche verderben den Brei“ – so sagt man. Im Falle der hier dokumentierten Zusammenarbeit von insgesamt sechs Institutionen¹ stellte die Vielzahl der „Mitspieler“ eine starke Ressource dar, denn sie alle hatten das gemeinsame Ziel, einen praktischen und richtungsweisenden Versuch zu unternehmen, in der diagnostizierten Situation zu fundierten Verbesserungen zu kommen. Das vorhandene spezifische Fachwissen und die Erfahrungen fanden Eingang in das Pilotprojekt und ermöglichten es auf diese Weise in der Vorbereitungsphase des Projekts, ein von allen Partnern getragenes Konzept zu entwickeln, das die Basis für die zwei Jahre der Umsetzung darstellte. Ohne Arbeitsteilung konnte es dennoch nicht gehen, und so übernahmen es die Vertreterinnen der Landeszentrale für Gesundheitsförderung und der Landesbeauftragten für Ausländerfragen im Herbst 2000, dieses Konzept zu entwerfen und sich der Debatte in der aus den Vertreterinnen und Vertretern der kooperierenden Institutionen bestehenden Steuerungsgruppe des Projekts zu stellen. Das Konzept wird im Folgenden rückblickend beschrieben:

Wo stehen wir und wo wollen wir hin? Problemaufriss und Ausgangsthesen

Nach den Ergebnissen einer repräsentativen Studie aus dem Jahr 1998 gehen nur halb so viele Migrantinnen und Migranten wie Deutsche erst mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres in die Rente, das heißt: Der Anteil der Frühverrentungen ist vergleichsweise hoch². Auch beurteilen ältere Migrantinnen und Migranten ihre körperliche Verfassung schlechter und fühlen sich älter als deutsche Seniorinnen und Senioren. Gründe dafür werden unter anderem in der schweren Erwerbsbiographie und in kulturellen Faktoren vermutet. Als Hauptgründe für das Aufsuchen von Beratungsstellen werden neben der materiellen Lage (Armut u.ä.), der Rückkehrproblematik (Leben im Provisorium, Pendeln zwischen Herkunftsland und der Bundesrepublik Deutschland, Heimweh, Einsamkeit) und interkultureller Probleme (Sprache, Probleme mit Behörden, Unkenntnis der Altenhilfeangebote) vor allem psychische und Gesundheitsprobleme genannt.

Ältere Migrantinnen und Migranten im Landkreis Alzey-Worms

Im Arbeitskreis Gerontopsychiatrie des Landkreises Alzey-Worms wurde die Beobachtung der einschlägigen Fachkräfte thematisiert, dass die Zahl derjenigen älteren Migrantinnen und Migranten zunimmt, die Hilfestellungen der gerontopsychiatrischen Versorgung in Anspruch nehmen. Dies wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen Rheinland-Pfalz bestätigt. Ausgangspunkt für die Konzeption des Pilotprojekts war die Annahme, dass es im Rahmen insbesondere präventiver psychosozialer Maßnahmen geeignete Wege gibt, diese Zielgruppe frühzeitig durch solche Angebote zu erreichen, die entscheidend zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheitssituation dieser Bevölkerungsgruppe beitragen können.

¹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., Landesbeauftragte für Ausländerfragen Rheinland-Pfalz, Deutsches Rotes Kreuz, Landkreis Alzey-Worms (Psychiatriekoordinator und Ausländerbeauftragter), Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz

² vgl. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 1998: „Älter werden in der Fremde“ – Sozial-empirische Studie zur Wohn- und Lebenssituation älterer Hamburgerinnen und Hamburger

Die bestehenden Angebote wie Seniorentreffs und Altentagesstätten werden aufgrund von Zugangsbarrieren (Sprachprobleme, kirchliche Organisation insbesondere im Hinblick auf Muslime, Angst vor und Ablehnung von Altenheimen etc.) nur unzureichend angenommen. Erforderlich war deshalb der Versuch, durch die Einrichtung eines - allerdings zeitlich begrenzten - niedrighschwelligen Angebots, die Einflussfaktoren zu eruieren und zu systematisieren, um in langfristiger Perspektive zu Verbesserungen in der Versorgungssituation der Zielgruppe zu kommen. Im Rahmen des Pilotprojekts sollte es ermöglicht werden, die Zielgruppe in ihrer Muttersprache anzusprechen, Vertrauen in ein solches Angebot, aber auch in die Regeldienste aufzubauen, Beratung in psychosozialen Fragen anzubieten. Insbesondere galt es, eine Vermittlungsdienstleistung zwischen medizinischem Fachpersonal bzw. den entsprechenden Einrichtungen und der Zielgruppe zu erbringen, um zur Verringerung von Mehrkosten verursachenden Fehldiagnosen, Mehrfach- oder Fehlbehandlungen beizutragen. Zusätzlich wurde der Transfer der Projektergebnisse in die Regeldienste angestrebt, damit sich diese den veränderten Anforderungen seitens der Bevölkerung anpassen können.

Ein weiteres Ziel war es, die Ergebnisse zu dokumentieren und an die Fachöffentlichkeit weiter zu leiten, um so einen landesweiten Nutzen aus den Erkenntnissen des regionalen Projekts zu erzielen. Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen wurde im Rahmen des auf die Dauer von zwei Jahren geplanten Pilotprojekts in der Verbandsgemeinde Wörrstadt ein Gesundheitstreff eingerichtet. Gewählt wurde Wörrstadt deshalb, weil diese Kommune den höchsten Ausländeranteil in dieser Altersgruppe innerhalb des Landkreises hat und zudem über günstige Verkehrsanbindungen verfügt.

So konkret wie möglich und so offen wie nötig - Entscheidungsfindungen

- **Zielgruppe**
Das Angebot im Landkreis sollte sich in erster Linie an die türkischen Migrantinnen und Migranten ab dem 50. Lebensjahr als zahlenmäßig stärkste Nationalitätengruppe richten. Grundsätzlich war aber das Angebot auch für andere Altersgruppen und Nationalitäten offen.
- **Träger**
Der Landesverband des Deutschen Roten Kreuzes³ war für die Übernahme der Trägerschaft besonders geeignet, weil das DRK der Zielgruppe bekannt ist und seine inhaltliche Zielrichtung den kulturellen und religiösen Anschauungen der mehrheitlich muslimischen Türkinnen und Türken nicht widerspricht.
- **Muttersprachliche Fachkraft**
Obwohl der thematische Schwerpunkt des Pilotprojekts ein gesundheitlicher war, musste die Fachkraft aus dem Bereich der sozialen Arbeit kommen, denn ihre Aufgabe war in erster Linie die allgemeine fachkundige Beratung und Vermittlung und nicht, gesundheitliche oder gar medizinische Hilfsdienste anzubieten. Die Zielgruppe der älteren Migrantinnen und Migranten, vornehmlich aus der Türkei, legte es nahe, eine Fachkraft zu suchen, die außerdem auch über muttersprachliche Kenntnisse verfügte. Es war nämlich davon auszugehen, dass insbesondere mangelnde deutsche Sprachkenntnisse eine Zugangsbarriere zu vorhandenen Angeboten darstellten.

³ Ansprechpartner ist Gerhard Scholz

Die Fachkraft sollte sowohl individuelle Beratungsdienste leisten (als so genannte Komm- und Geh-Angebote) als auch Gruppenberatungen und andere Arten der Informationsvermittlung organisieren, z. B. in Form von Vorträgen. Neben der Arbeit mit der Zielgruppe sollte die Fachkraft darüber hinaus gemeinwesenorientiert, vernetzend und öffentlichkeitswirksam die Thematik der psychosozialen Versorgung und Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten in der Region bearbeiten.

→ Räumlichkeiten

Der Gesundheitstreff sollte an eine bestehende Einrichtung in Wörrstadt angebunden sein, die den älteren Migrantinnen und Migranten bekannt ist. Der Raum - zweimal wöchentlich geöffnet - sollte Treffpunkt und gleichzeitig Beratungsstelle sein. Er wurde vom Projektträger angemietet.

→ Transfer

Um die Fachkräfte im Bereich des Gesundheitswesens auf die besonderen Belange der älteren Migrantinnen und Migranten aufmerksam zu machen und ihnen geeignete Lösungswege aufzuzeigen, sollte neben dem Beratungsangebot für die Zielgruppe ein Transfer für Fachkräfte des Gesundheitswesens, beispielsweise für Ärztinnen und Ärzte, Fachkräfte der Beratungs- und Koordinierungsstellen, des Pflegedienstes und für Therapeutinnen und Therapeuten, z. B. in Form von Fachtagungen und Seminaren stattfinden. Dadurch sollten die Ergebnisse der praktischen Umsetzung des Projektes wie auch der wissenschaftlichen Begleitung an die Fachkräfte des Gesundheitswesens weiter vermittelt werden. Das Ziel war es, kultursensible Behandlung und einen interkulturell kompetenten Umgang mit der Zielgruppe zu erreichen, die Fachkräfte mit einem entsprechenden Angebot dabei zu unterstützen, eine Öffnung der psychosozialen Versorgung für Angehörige anderer Kulturen und Nationalitäten zu schaffen und im Rahmen der Möglichkeiten dadurch auch zu einer Entlastung der Fachkräfte beizutragen.

→ Projektbeirat

Das Expertenwissen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung sollte durch die Berufung eines interdisziplinären Projektbeirats gesichert werden. Seine Aufgabe sollte sein, das Projekt fachlich und im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen und sich an der Abstimmung der Projektabschnitte zu beteiligen.

→ Projektbegleitung

Zur Unterstützung und Beratung der muttersprachlichen Fachkraft sollte eine Projektbegleitung stattfinden mit dem Ziel, die praktische Arbeit des Projekts zu reflektieren, die Durchführung zu steuern sowie eine enge Rückkopplung zwischen praktischer Arbeit und Projektbeirat zu gewährleisten. An der Projektbegleitung sollten sich die geldgebenden Institutionen durch ihre Vertreterinnen und Vertreter sowie weitere Fachkräfte, insbesondere aus dem Landkreis Alzey-Worms, beteiligen.

→ Wissenschaftliche Begleitung

Das Pilotprojekt sollte wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Das Ziel dabei war es, Erkenntnisse für die Verbesserung der Prävention im psychosozialen und gesundheitlichen

Bereich für ältere Migrantinnen und Migranten zu erarbeiten, welche die Regeldienste bei der Arbeit mit dieser Zielgruppe im Hinblick auf Verbesserung der Prävention nutzen könnten. Beauftragt wurde das Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz (ism)⁴.

- **Dokumentation**
Die Ergebnisse des Pilotprojekts und der wissenschaftlichen Begleitung sollten abschließend dokumentiert werden, um die gewonnenen Erfahrungen der Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen und Anregungen zur Nachahmung zu geben.
- **Finanzierung**
Auch bei der finanziellen Absicherung des Pilotprojekts wurde „kooperativ“ vorgegangen. Mit erheblichen Mitteln waren daran beteiligt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, der Landkreis Alzey-Worms und der Verein Gemeindenahe Psychiatrie. Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung und die Landesbeauftragte für Ausländerfragen Rheinland-Pfalz übernahmen die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation. Die beteiligten Partner schlossen einen schriftlichen Kooperationsvertrag ab, der die Basis der Zusammenarbeit darstellte und die Zuständigkeiten regelte.
- **Zeitliche Befristung**
Das Projekt wurde mit einer Laufzeit von zwei Jahren (2001 bis 2002) durchgeführt. Dies nicht zuletzt deshalb, weil es nicht Sinn und Ziel solcher Maßnahmen war und ist, parallele Strukturen und Angebote aufzubauen. Vielmehr sollten über den angestrebten Transfer Vorschläge und Beiträge zur so genannten Interkulturellen Öffnung der Regeldienste – hier im speziellen Fall des Gesundheitssystems – geleistet werden.

Die Praxis sieht immer anders aus, als sich die Theorie das vorstellt – erforderliche Veränderungen am Konzept

- Auf die Bildung des geplanten Projektbeirats wurde verzichtet, da die mit Vertreterinnen und Vertretern aller beteiligten Einrichtungen besetzte Steuerungsgruppe (Projektbegleitung) diese Funktion wahrnehmen konnte und dadurch erheblicher organisatorischer Aufwand wegfiel.
- Die zu Beginn der Kooperation beabsichtigte und auch wünschenswerte Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesetzlichen Krankenkassen kam nicht zustande.
- Die Evaluation wandelte im Verlauf des Projekts ihre Rolle und Funktion. Immer stärker fiel ihr die Aufgabe der Moderation der Steuerungsgruppe und der Vermittlung der Entscheidungsergebnisse zur Fachkraft zu, mit der sie eng zusammenarbeitete.
- Der vorgesehene Transfer konnte lediglich eingeschränkt geleistet werden. Dies hatte seine Gründe vor allem darin, dass Ärzte, medizinisches Fachpersonal und Beratungsfachkräfte nur begrenzt Kapazitäten zur Verfügung haben, um zusätzliche Vorhaben umzusetzen. Gewünscht hätte man sich hier beispielsweise die Durchführung von Fallkonferenzen mit Personen, die mit der Lösung spezifischer und individueller Problemlagen befasst sind, um durch diese Vernetzung optimale Ergebnisse zu erzielen.

⁴ Ansprechpartner ist Hans-Peter Frühauf

- Es erwies sich als ein Glücksfall, dass ein Mitarbeiter des mit der Evaluation dieses Projektes beauftragten Instituts zur Erlangung eines wissenschaftlichen Abschlusses eine Untersuchung der Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo-Stellen) in Rheinland-Pfalz durchführte, deren Ergebnisse eine Erweiterung und Ergänzung des Projekts und seiner Inhalte bedeutete. Sie wurden insbesondere in die Evaluation einbezogen und trugen zu fundierten Schlussfolgerungen bei.

Es ist der Flexibilität der Beteiligten geschuldet, dass diese erforderlichen Anpassungen vorgenommen werden konnten.

Mechthild Gerigk-Koch ist Referatsleiterin im Arbeitsstab der Landesbeauftragten für Ausländerfragen Rheinland-Pfalz.

Birgitta Brixius-Stapf (derzeit Sachbearbeiterin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit) war Ansprechpartnerin für das Projekt BACI in der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. Ihre Nachfolgerin ist Ingeborg German.

Projektverlauf

■ Sevgi Mala-Caliskan

Von Anfang bis Ende spannend – der Projektverlauf

1. Ein Start mit Schwierigkeiten

Auf meinen Vorschlag hin hatten wir dem Gesundheitstreff in Wörrstadt den türkischen Namen BACI gegeben. BACI bedeutet Schwester, Nachbarin, Schwägerin, die Kusine oder auch Freundin. Sie sucht man auf, um Freud und Leid sowie Sorgen zu teilen. Im Projektverlauf hat sich gezeigt, dass die älteren Besucher der Beratungsstelle diesen Namen annahmen. Sie waren für mich „Onkel und Tanten“ und ich war für sie ‚BACI‘.

Aber der Anfang war zunächst von einem Problem überschattet, mit dem niemand gerechnet hatte – am wenigsten ich selbst. Ich hatte kaum mit der Beratungstätigkeit in Wörrstadt begonnen, da kam es zu Gerüchten, dass ich militante islamistische Ideen verbreiten wollte. Es wurde behauptet, ich hätte Flugblätter entsprechenden Inhalts in Wörrstadt verteilt, und es gab Personen in Wörrstadt, die dem DRK als Projektträger rieten, sich von mir als Mitarbeiterin des Projekts zu trennen, da ich das Vertrauen der türkischen Bevölkerung nicht gewinnen könnte. Das war eine harte Bewährungsprobe für alle Beteiligten. Die Vorwürfe gegen mich konnten schnell als Verleumdungen entlarvt werden.

Dieses Ereignis beeinträchtigte das Arbeitsklima in den ersten Monaten. Dass ich Kopftuch trage und mich auch sonst als gläubige Muslimin bekenne, hatte offenbar als Anlass gedient, das Projekt und meine Person in Misskredit bringen zu wollen. Es stellten sich Fragen: Wer hatte ein Interesse, mich und das Projekt in diese politisch-fundamentalistische Ecke zu stellen? Wem war die geplante Arbeit des Gesundheitstreffs ein Dorn im Auge? Folge war auch, dass die für den Gesundheitstreff vorgesehenen Räumlichkeiten nicht mehr zur Verfügung standen, weil der Vermieter seine Zusage zurückzog. Ohne diese Ressourcen mit dem Projekt beginnen zu müssen, war schwierig. Dies zeigt sehr deutlich, wie konfliktanfällig die Arbeit vor Ort sein kann und wie wichtig es ist, sich auf solche Konflikte einzustellen. Auch sie stellen einen Teil der Alltagsrealität dar.

2. Entwicklung der Beratungstätigkeit in den beiden Projektjahren

Im ersten Jahr der Arbeit im Gesundheitstreff war festzustellen, dass die häufigsten Anlässe, die Beratungsstelle aufzusuchen und um Hilfe und Unterstützung zu fragen, soziale, finanzielle, familiäre Gründe waren. Beispiele dafür sind:

Rentenangelegenheiten, Beratung bei innerfamiliären Konflikten, Rückkehrprobleme, Einsamkeit, Wohnungsprobleme, Pflegebedürftigkeit, Hilfe zur Pflege, Hilfe in Gesundheitsfragen,

Krankheit, darunter auch psychische, Suchtprobleme, Sozialhilfe- und Behördenprobleme, arbeitsrechtliche Fragen, Erziehungsprobleme sowie Bildungsmöglichkeiten in Deutschland.

Im zweiten Jahr war auffallend, dass die Beratungsstelle gehäuft von Frauen aufgesucht wurde, die von sich aus über ihre gesundheitlichen Probleme (oder jenen von Familienangehörigen) sprechen wollten und Rat suchten. Diese Fälle waren Grundlage für die Intensivierung von Kontakten und Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten, der Psychiatrischen Tagesklinik in Alzey, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der Gerontopsychiatrie der Rheinischen Fachklinik. Es gab sogar Fälle, in denen die genannten Kliniken mich um Mithilfe bei älteren türkischen Patienten baten. Es ging dabei nicht nur um Verständigungsschwierigkeiten, sondern auch um kulturelle Aspekte, die in Zusammenhang mit den Erkrankungen standen.

In vielen dieser Fälle konnte ich als Beraterin mit folgenden Arbeitsschritten vorgehen:

- Zuhören, Verständnis, Stärken und Motivieren (Stabilisierung)
- Überzeugung und Vermittlung mit dem Ziel, fachliche Hilfe annehmen zu können (Ängste abbauen, Angebote zur Begleitung)
- Kontaktaufnahme mit der Klinik, dem behandelnden Arzt oder Therapeuten
- Begleitung zum Erstkontakt und Hilfe bei der Beschreibung des Krankheitsbildes
- Angebot zur weiteren Unterstützung

3. Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdiensten

3.1 Ärzte

Die Besucherinnen und Besucher des Gesundheitstreffs hatten oft nur geringe Kenntnisse in der deutschen Sprache. Dies erhöht das Risiko falscher Krankheitsdiagnosen, befördert aber auch Ängste. Daher begleitete ich unsere Klientinnen und Klienten häufig zu den behandelnden Ärzten. Ich merkte in einigen Fällen, dass Ärzte Probleme mit meinem äußeren Erscheinungsbild hatten, ich spürte ihre Abneigung wegen meines Engagements für die Patienten. Nicht nur bei diesen Gelegenheiten hatte ich den Eindruck, dass sie sagen wollten: „Das Gesundheitswesen ist für Deutsche geschaffen; jetzt kommen Sie auch noch mit ausländischen älteren Patienten“. Diese Haltung erlebte ich in meiner Tätigkeit nicht selten.

Ich machte jedoch auch ganz andere – positive – Erfahrungen. So gab es Ärzte, die sehr froh waren, dass durch meine Anwesenheit nicht nur eine Übersetzerin zur Verfügung stand, sondern jemand, der auch Hintergründe der Personen und des Krankheitsempfindens erklären und im Patientengespräch vermittelnd helfen konnte.

Es gab zwei Fälle, in denen mich Psychotherapeuten zu Fallkonferenzen hinzuzogen. Es war auch für mich eine große Bereicherung und Wertschätzung, wenn Ärzte sich Zeit nahmen, um mir einige Krankheiten oder Einzelfälle genauer zu erklären, so dass ich diese Informationen den Klienten

weitergeben konnte. Solche Fälle machten deutlich, wie wichtig es für eine richtige Diagnose ist, die kulturspezifischen Aspekten bei der Analyse von Krankheitsbildern zu berücksichtigen.

3.2 Psychiatrische Tagesklinik Alzey

Die Tagesklinik kam mit einigen Fällen auf mich zu, die wir dann gemeinsam betreuten. Die Zusammenarbeit fand sowohl auf der Ebene der sozialpädagogischen Fachkräfte als auch mit den Psychologinnen und Psychologen statt. An kulturspezifischen Informationen war das dortige Personal sehr interessiert. Wie mir später berichtet wurde, waren diese Informationen sehr hilfreich bei Therapieansätzen mit türkischen Patienten. Einige der Klientinnen und Klienten haben nach ihrer Behandlung durch die Klinik weiterhin die Beratungsstelle besucht.

Beispielhaft sei hier der Fall des Ehepaares J. geschildert:

Frau J. ist 56 Jahre und Herr J. 61 Jahre alt. Das Ehepaar ist kinderlos. Der Ehemann ist Invalide und an Demenz erkrankt. Frau J. leidet unter Schlafstörungen und an Depressionen.

Frau J. arbeitete bis vor zwei Jahren in einer Firma als Produktionshelferin. Seit dem Unfall ihres Mannes (Beinamputation) ist sie arbeitslos und pflegt ihren Mann. Herr J. war längere Jahre arbeitslos und seine Sozialversicherungszeiten weisen Lücken auf. So fehlen ihm neun Monate, um seinen Rentenanspruch jetzt schon geltend zu machen.

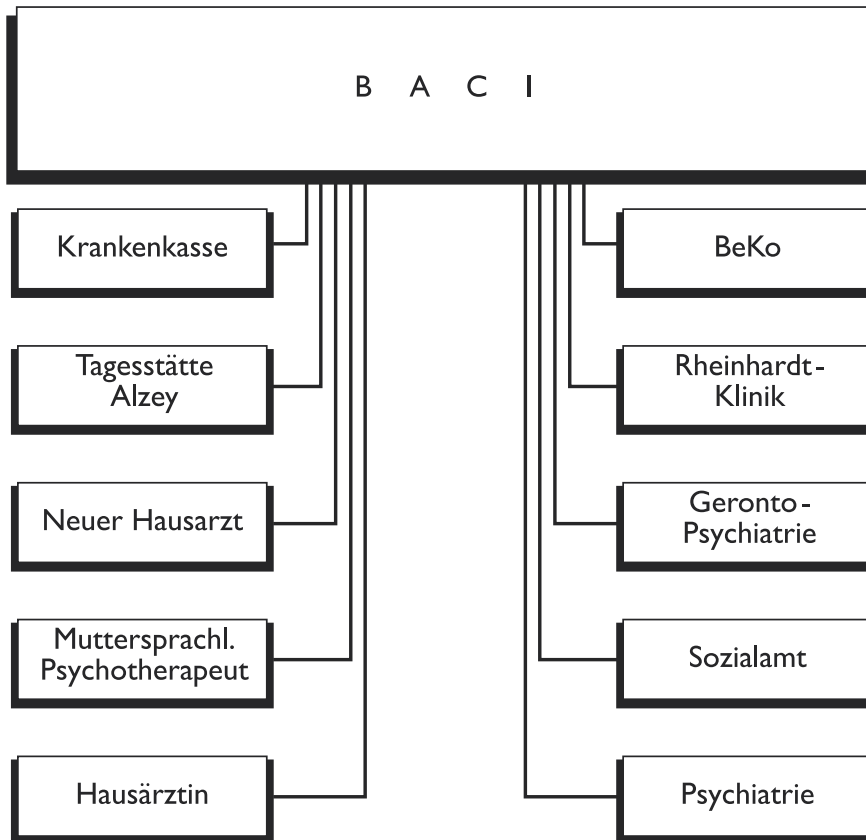
Das Ehepaar lebt von Arbeitslosen- und Pflegegeld und wohnt in einer nicht behindertengerechten Wohnung. Herr J. ist als schwerer Pflegefall eingestuft und wurde einige Zeit in der Rheinhessen-Fachklinik Alzey behandelt.

Die Erkrankung ihres Ehemannes belastet Frau J. sehr. Sie fühlt sich überfordert mit den behördlichen Angelegenheiten. Ihr fehlen grundlegende Informationen über die Krankheit ihres Mannes und über einen entsprechenden Umgang damit. Der Kontakt mit unserer Beratungsstelle BACI wurde von der Sozialstation hergestellt.

Es ergab sich folgender Hilfe- und Handlungsbedarf:

- Psychosoziale Stabilisierung: Zuhören, Verständnis, Stärken und Motivieren
- Unterstützung in der Pflege des Ehemannes
- Rentenantrag für Herrn J. wegen Erwerbsunfähigkeit durch Behinderung
- Hilfe bei der Antragstellung für eine geeignete Therapie bei der Krankenkasse
- Überzeugungs- und Vermittlungsarbeit zwischen den Ärzten, der Krankenkasse und der Klientin Frau J.
- Koordinierung eines Fallgesprächs
- Suche nach einem geeigneten Therapeuten und/oder Therapieplatz
- Kontaktaufnahme mit der Rheinhardt Klinik (Bad Dürkheim mit türkisch sprechendem Therapeuten)
- Unterstützung bei behördlichen Kontakten

Fallkontakte für das Ehepaar J.



3.3 Sozialpsychiatrischer Dienst

Die Kolleginnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes sprachen mich um Mithilfe für einige Fälle an. Es handelte sich dabei um alleinstehende Männer, die wenig Deutsch verstanden und psychische Probleme hatten. Ich musste übersetzen, erklären, vermitteln und überzeugen. Die Männer waren mir gegenüber eher skeptisch eingestellt, und es war auch für mich schwer, einen Zugang zu ihnen zu bekommen.

Es war mir zeitlich nicht möglich, die Behandlung dieser Personen mitzuverfolgen, bei denen sich Symptome einer Demenzerkrankung abzeichneten. Für diese Fälle wurden im weiteren Fortgang Anträge auf Betreuung beim Amtsgericht gestellt.

3.4 Rheinhessen-Fachklinik - Gerontopsychiatrie

Ich wurde von den Kolleginnen der Klinik aufgesucht und um eine Zusammenarbeit in einzelnen Fällen gebeten. Es ging in der Zusammenarbeit um Übersetzung und Übermittlung von kulturspezifischen Kenntnissen. Die Zusammenarbeit war offen und gut.

3.5 Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKos)

Zwischen den Leiterinnen und den Verantwortlichen der drei Beratungs- und Koordinierungsstellen des Landkreises Alzey-Worms und dem Projekt BACI fanden Gespräche statt, um hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten zu einer Zusammenarbeit zu kommen. Die in den Bekos arbeitenden Kolleginnen bestätigten, dass ihre Dienste von hier nicht geborenen älteren Menschen nicht in Anspruch genommen werden. Als Gründe wurden vermutet: fehlende Sprachkenntnisse und Informationen, Ängste und Misstrauen, kulturelle Barrieren, Hemmungen, sich als bedürftig zu bekennen und anzunehmen. Ein wenig war auch der Vorwurf zu hören, es fehle der Wille, die Dienste in Anspruch zu nehmen und sie blieben lieber unter sich in ihren Lebenswelten. Die Tatsache, dass ältere Migrantinnen und Migranten die BeKos nicht aufsuchen, wurde als Bestätigung interpretiert, dass für sie ein spezifischer Beratungsdienst zuständig sein müsse. Das Modellprojekt BACI war ihnen sehr willkommen, weil sich hier eine muttersprachliche Fachkraft der Fälle annahm, die sie nicht erreichen können und auch wollen. Klare Aufgabenteilung wurde praktiziert. Ich war für die Ausländer und die BeKos für die Deutschen zuständig.

Eine Teilnehmerin äußerte bei den Treffen mit uns: „Jetzt habt ihr so eine tolle Einrichtung geschaffen, mit so einer tüchtigen Mitarbeiterin, ihr werdet dies doch nach zwei Jahren nicht wieder kaputt gehen lassen!“ Es herrschte Ratlosigkeit und gar Abwehr, wenn wir bei den Treffen davon sprachen: „Ziel des Projektes BACI ist es unter anderem, Wege zu finden, damit sich die vorhandenen Einrichtungen der Regeldienste für die älteren Migrantinnen und Migranten öffnen können.“ Faktisch gab es in den zwei Jahren nur zwei Fälle, in denen es zu einer sich unterstützenden Zusammenarbeit mit den BeKos kam.

3.6 Krankenkassen

Die Kooperation mit den Krankenkassen, vorwiegend mit der AOK, im Bemühen, für Klienten spezielle Untersuchungen, Therapien oder Kuren durchzusetzen, war in einzelnen Fällen möglich, aber auch sehr mühsam. Es war oft zunächst eine Abwehrhaltung zu überwinden, und die Sachbearbeiterinnen entschieden, ohne kulturspezifische Aspekte zu berücksichtigen. So wird zum Beispiel das Prinzip, lokale Therapieangebote haben immer Vorrang haben, auch dann umgesetzt, wenn der ortsansässige Therapeut Sprache und Kultur des Patienten nicht kennt und der Erfolg der Behandlung von vornherein bezweifelt werden muss. Selbst dem Argument, es könne für die Krankenkasse kostensparender sein, den Patienten gleich in einer weiter entfernten Praxis mit türkisch sprechendem Personal behandeln zu lassen, wird dabei nicht Rechnung getragen. Dies hinterlässt bei den Patientinnen und Patienten das bittere Gefühl, dass die Krankenkassen bei der Beitragszahlung ihrer Mitglieder nicht auf die Nationalität schauen, dies aber eine Rolle zu spielen scheint, wenn es um die Leistungsgewährung geht.

4. Zusammenarbeit mit den Selbstorganisationen

4.1 DITIB Moschee Alzey und Pir Sultan Abdal Kulturverein

Aus den Erfahrungen anderer Projekte, in denen ich tätig war, wusste ich, dass Kulturvereine und Moscheen Anlaufstellen für diese Zielgruppen sind. Von meiner Seite war somit eine Zusammenar-

beit erwünscht. Für unsere neue Beratungsstelle wäre es wichtig gewesen, Multiplikatoren im Kreis der bestehenden Selbstorganisationen zu finden, die bereits Zugang zu älteren türkischen Personen hatten.

Ich besuchte mehrmals die Moschee und auch den Kulturverein. Nach dem Kennenlernen der Vorstände wurden Möglichkeiten der Zusammenarbeit erörtert. Ich machte verschiedene Angebote, um Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der besseren Nutzung bestehender Dienste mit ihnen zu erörtern. Sie zeigten höflich Interesse, mein Angebot wurde jedoch nicht angenommen. Es kamen auch nie Personen in die Beratungsstelle, die sich auf Vermittlung dieser Institutionen beriefen.

Was den Kulturverein betrifft, so wurde mir später von kurdischen Besucherinnen und Besuchern des Gesundheitstreffs berichtet, dass es sich bei dem Pir Sultan Abdal Verein um einen kurdischen Verein mit einer bestimmten politischen Richtung handelte. Es sei auch Ziel des Vereins, ihre Mitglieder bei Problemen und Fragen zu unterstützen und zu begleiten. Möglicherweise nahmen sie die Beratungsstelle BACI eher als eine konkurrierende Institution wahr, der sie wegen der Einbindung in deutsche Strukturen zunächst kein Vertrauen entgegen bringen konnten. Kurden, die andere politische Einstellungen hatten als dieser Verein, gehörten nach einiger Zeit auch zu den Besuchern des Gesundheitstreffs.

Natürlich muss auch ich mich fragen, ob die nicht zustande gekommene Kooperation an meiner Person lag. Ich habe aus meiner religiösen Überzeugung, die auch in meiner Kleidung sichtbar wurde, nie ein Geheimnis gemacht. Bei meiner Tätigkeit in der Beratungsstelle habe ich jedoch immer versucht, problem- und sachbezogen zu arbeiten, ohne auf religiöse oder politische Einstellungen zu achten.

4.2 Frauengruppe

Von Anfang an wurde unsere Beratungsstelle in Wörrstadt mehr von Frauen als von Männern aufgesucht. Die meisten der Frauen waren untereinander bekannt, lebten aber sonst jede für sich. Mein Angebot, dass sie bei Bedarf die Räumlichkeiten der Beratungsstelle zu gemeinsamen Treffen nutzen könnten, wurde nach einiger Zeit angenommen. Sie erhielten einen Schlüssel und etwa vier bis sechs Frauen trafen sich vormittags einmal in der Woche im Treff. Es war allen klar, dass sie selbst für Ablauf, Inhalte und Organisation der Zusammenkünfte verantwortlich sein würden.

Die Frauen berichteten mir nach etwa einem halben Jahr, dass die Gruppe die Treffen eingestellt hatten. Als Gründe nannten sie, dass sie sich nicht über Inhalte einigen konnten und nicht wussten, wie sie den gegensätzlichen Erwartungen der Teilnehmerinnen hätten gerecht werden können. Mir wurde deutlich, dass die Gruppe in der Anfangsphase hätte begleitet werden müssen. Leider war mir dies in der mir zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

5. Anmerkungen zu den Rahmenbedingungen des Projektes

5.1 Standort in Wörrstadt

Die Verbandsgemeinde Wörrstadt wurde als Standort für das Modellprojekt ausgewählt, weil dort – bezogen auf den Landkreis - die meisten Ausländern (244) über 50 Jahre leben (im Landkreis insgesamt sind es 984). Der Bezugspunkt für viele der älteren Migrantinnen und Migranten liegt aber eher in Alzey, weil sich dort alle Ämter, der einzige Kulturverein sowie die DITIB-Moschee befinden. Mit zunehmendem Alter wird der Ort, an dem sich die Moschee befindet, immer wichtiger, weil eine Rückbesinnung auf Religiosität stattfindet und die Teilnahme an den Gebetszeiten in der Moschee gewünscht wird. Sie können zu Fuß auch die zahlreichen türkischen Einkaufsläden, den Arzt und andere Dienste erreichen. Die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel ist den von einer knappen Rente oder Sozialhilfe lebenden älteren Migrantinnen und Migranten aus der Türkei oft zu teuer. So kostet die Fahrkarte von Alzey nach Wörrstadt hin und zurück ca.12,- Euro. In einem Fall legte ein Besucher diese ganze Strecke zu Fuß zurück. Telefoniert habe ich später öfter mit ihm, aber in die Beratungsstelle kam er nicht mehr. Die Busverbindungen aus den umliegenden Dörfern waren auch sehr unvorteilhaft, da einige Busse nur einmal die Stunde oder nur einige Male am Tag fahren. Dies zeigt, dass neben dem Wohnort der Zielgruppe weitere Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Angeboten haben und dies gilt nicht nur für das befristete Pilotprojekt.

Statistik für das Jahr 2001					
Alter	Anzahl der Besucherinnen	Beratungsgespräche	Telefonische Beratungen	Hausbesuche	Begleiten zu Institutionen
35-45	13	35	8	2	17
46-55	13	46	7	8	8
56-65	9	68	10	10	20
66-70	2	24	3	33	38
insgesamt	37	173	28	53	83

Statistik für das Jahr 2002					
Alter	Anzahl der Besucherinnen	Beratungsgespräche	Telefonische Beratungen	Hausbesuche	Begleiten zu Institutionen
35-45	14	48	8	4	16
46-55	21	71	13	17	32
56-65	25	81	16	23	27
66-70	4	36	8	32	26
Insgesamt	64	236	45	76	101

5.2 Planungsphase und Projektvorlaufzeit – Erfahrungen für die Zukunft

Aus meiner Sicht möchte ich heute rückblickend feststellen, dass der Schritt von der Planung des Projekts zur Umsetzung etwas zu rasch erfolgt ist. Einige Widerstände und Schwierigkeiten, die – wie eingangs beschrieben - nach Projektbeginn aufgetreten sind, hätten vielleicht durch eine längere und intensivere Vorbereitungszeit ausgeräumt werden können. Allen Beteiligten war klar, dass sich ein solches Angebot an den Lebenswelten der betroffenen Personen zu orientieren hat. Stärker noch als es hier möglich war, müssen die bestehenden Vereine und Organisationen und - wenn es sich um eine mehrheitlich muslimische Zielgruppe handelt, auch die Moschee - in die Vorbereitung und Planung einbezogen werden. Das Gleiche gilt für die Regeldienste.

5.3 Stellenbesetzung

Die Tatsache, dass für dieses Projekt nur eine halbe sozialpädagogische Stelle vorgesehen war, hat die Durchführung der möglichen und eigentlich gewünschten Tätigkeiten stark eingeschränkt. Hält man sich noch einmal die Aufgabenzusammenstellung der Beratungsstelle vor Augen, wie sie zu Beginn des Projekts von der Steuerungsgruppe zusammengestellt wurde, so muss gesagt werden, dass in der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit die individuelle Beratung schwerpunktmäßig erledigt werden konnte. Mit Beratungstätigkeit sind hier alle zeitlichen Einsätze gemeint, die als Folge eines Beratungsgesprächs durch Begleitung bei Behörden, Institutionen, Ärzten, Kliniken und auch den Hausbesuchen nötig geworden sind. Selbst dieser Schwerpunkt hatte Mängel, da ich als Einzelkämpferin für Zeiten meiner (krankheits- und urlaubsbedingten) Abwesenheiten keine Vertretung hatte.

Nach solchen Pausen gab es immer Leerlaufzeiten, die Besucherinnen und Besucher mussten erst den Weg wieder zu mir finden.

Die klientenbezogenen, präventiven Aufgaben (siehe Frauengruppe) oder die institutionenbezogenen Kontakte (Moschee, Kulturvereine, Sozialdienste des Landkreises) konnten im Rahmen der halben Stelle eher unzureichend erfüllt werden.

6. Fazit

Meine Beratungstätigkeit im Gesundheitstreff hat mir viel Freude bereitet, und ich habe sie sehr gerne getan, weil mir das Schicksal des Klientels am Herzen liegt. Was wird jetzt aus meinen „Onkeln und Tanten“, die regelmäßig die Beratungsstelle aufsuchten? Für sie war BACI eine Tür, die ihnen für die sie umgebende fremde Lebenswelt offen stand. Offen stand sie nur für eine kurze Zeit, jetzt werden andere versuchen müssen, ihnen die Türen zur Teilnahme an unserer Gesellschaft zu öffnen. Ich habe versucht, sie darauf vorzubereiten.

BACI hat durch seine Existenz im Landkreis Alzey-Worms mit Sicherheit Türen aufgestoßen, wenn es darum geht, bei den Gesundheitsdiensten und auch Behörden für den angemessenen Umgang mit älteren Migrantinnen und Migranten zu werben. Bis zur endgültigen Akzeptanz dieser Bevölkerungsgruppe ist es allerdings noch ein langer Weg.

Im Verband, dem DRK, dem ich in der Projektzeit angehört habe, hat meine Präsenz ebenfalls Wirkung gezeigt. Das Thema der kulturspezifischen Öffnung der DRK-Dienste steht auf allen Tagesordnungen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der sozialen Dienste konnte ich bei ihren Fachtreffen das Projekt BACI vorstellen, und an einer Umsetzung in diesen Bereichen wird gearbeitet.

In die Lehrpläne der Altenpflegeschulen des DRK Landesverbandes hat das Thema der kulturspezifischen Pflege bereits seinen Platz gefunden.

Ein bereits ausgearbeitetes Informationsprojekt „Älter werden in Deutschland“, das sich direkt an ältere türkische Menschen wendet, wird vom DRK-Kreisverband Mainz durchgeführt werden.

Sevgi Mala-Caliskan war sozialpädagogische Fachkraft für das Pilotprojekt.

Arbeitsansatz

■ Hans-Peter Frühauf und Martin Angres

Neue Alte in der Sozialen Altenarbeit

Das Modellprojekt BACI, das im Januar 2000 seine Arbeit im Landkreis Alzey-Worms aufnahm, gründet auf einem anspruchsvollen Theoriekonzept der Sozialen Altenarbeit. Die Angebote der Altenarbeit und -hilfe sollen an der Vielschichtigkeit der Lebensstile und Lebensformen der älteren Bevölkerung orientiert werden. Diese Vielschichtigkeit nimmt auch die Gruppe der älteren Migranten und Migrantinnen selbstverständlich in den Blick. Vor diesem Hintergrund sind Praxiskonzepte zu entwickeln, die einen Beitrag zu einer besseren Versorgung dieser Zielgruppe(n) leisten. Die folgenden Ausführungen reflektieren das Projekt auf einer theoretisch-konzeptionellen Ebene und binden die entwickelten Arbeitsansätze des Projekts BACI in den Diskurs einer modernen Sozialen Altenarbeit ein.

1. Problemaufriss

Die Versorgung älterer Migranten und Migrantinnen innerhalb der bestehenden Gesundheitsdienste ist nach wie vor unzureichend. Die Gründe für dieses Defizit sind vielschichtig und auf den Argumentationsebenen von Wissenschaft und Forschung einerseits und einer (tendenziell auf Vorurteilen basierenden) öffentlichen Meinung andererseits nur unbefriedigend aufzuschlüsseln. Die Gründe für diese Schwierigkeiten liegen darin, dass die Mitglieder ‚fremder‘ Ethnien nicht selten als eine homogene Gruppe stilisiert werden und darüber die Vielschichtigkeit der Lebenswirklichkeiten Menschen ausländischer Herkunft im öffentlichen Diskurs auf die Kategorie ‚Ausländer‘ zurück gebunden wird.

„Krankheit und Gesundheit von Migranten, von solchen der ersten oder der zweiten Generation, von Kindern und Jugendlichen oder von älteren Menschen, von männlichen oder weiblichen Arbeitsmigranten, von Flüchtlingen oder Asylsuchenden, von (Spät)Aussiedlern (...), das sind durchaus unterschiedliche Formen der Befindlichkeit“ (Wiedl/Marschalck 2001, S. 9).

Dass ältere Menschen ausländischer Herkunft in den letzten Jahren eine zunehmend größere Zielgruppe für Einrichtungen der Altenhilfe und Altenarbeit darstellen ist hingegen unstrittig. Diese Entwicklung spiegelt sich entsprechend in einer wachsenden Beachtung der Thematik in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion wider. In diesem Zusammenhang werden drei Problemfelder ausgemacht, die die derzeitige Diskussion markieren: zum einen werden die kulturell und sprachlich bedingten Verständigungsprobleme, zum anderen unzureichende interkulturelle Kompetenzen der Fachkräfte betont. Darüber hinaus legt eine dritte Diskussionslinie ihren Schwerpunkt auf die spezifischen psychischen und sozialen Belastungen der Zielgruppen, die sich in der Verbindung zu ihrer sozialen Lage und ihrer (zugewiesenen) Position im gesellschaftlichen System

aufschichten und die den Anlass psychosozialer und gesundheitsbezogener Beratungsleistungen darstellen. Aus dieser Perspektive heraus ist das Problem der Beratung der Zielgruppen älterer Migranten und Migrantinnen nun kein allzu neues mehr, denn die Institutionen der klassischen Sozialen Arbeit (insbesondere die Migrationssozialdienste) sind sich des Problems seit längerem bewusst. Die Auswertung der Arbeitsstatistik der Sozialdienste der Caritas durch das Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (ism) zeigt, dass der Anteil der über 60-jährigen Migranten und Migrantinnen in der Beratungsarbeit seit 1993 um 60 Prozent zugenommen hat. An dieser Entwicklung ist abzulesen, dass sich die sozioökonomische Lage mit dem Eintritt in das Rentenalter dramatisch zuspitzt und somit die Themen Armut und strukturelle Benachteiligung die Kernprobleme der Zielgruppen markieren (vgl. ism 2000, S. 10).

Gerade die Aussage bezüglich des erhöhten Armutsrisikos älterer Migranten und Migrantinnen liefert Hinweise darauf, dass „die erschwerten Arbeits- und Lebensbedingungen von Migranten und die extreme Kumulation von Belastungen – bei geringen Kompensationsmöglichkeiten – (...) zu hohen Krankenständen, einem zunehmenden Anteil an Frühinvalidität, Berufskrankheiten (insbesondere Verschleißerkrankungen sowie psychosomatischen und chronischen Krankheiten) und Arbeitsunfallfolgen führen (können); dies wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im Alter das Pflegerisiko erhöhen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 1995, S. 7.) An gleicher Stelle wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass „die türkischen alten Migranten aufgrund eines auf ein Provisorium ausgerichteten Arbeitslebens in der Bundesrepublik ihre physischen Kräfte nicht ökonomisch eingesetzt, sondern sich völlig verausgabt haben, um möglichst schnell die Existenzsicherung in der Heimat zu erreichen“ (ebd.). Olbermann und Dietzel-Papakyriakou weisen aufgrund empirischer Untersuchungen darauf hin, dass der Gesundheitszustand älterer Migranten und Migrantinnen stärker noch als durch physische Erkrankungen durch psychische Beeinträchtigungen geprägt zu sein scheint (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1995), S. 71). Dafür finden sich insofern Hinweise, als psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Migranten und Migrantinnen durch den Migrationsprozess und den damit verbundenen „Akkulturationsstress“ begünstigt werden können (Dietzel-Papakyriakou/Olbermann (2001), S. 17 f.). Wiedl und Marschalck betonen jedoch auch, dass gesundheitsschädliche Migrationseffekte an sich meist nicht existieren. Vielmehr seien unter Umständen bestimmte Risikokonstellationen mit Migration verbunden, bei deren Untersuchung der Migrantenstatus eine Variable neben anderen wäre (vgl. Wiedl/Marschalck (2001), S. 17f.).

Damit liegt in den Lebens- und Arbeitsbedingungen von Migranten und Migrantinnen in Deutschland ein besonderes Gewicht, das für den Gesundheitszustand älterer Migranten und Migrantinnen mit verantwortlich gemacht werden kann. Auf die Einrichtungen im System der Alten- und Gesundheitshilfe werden so zunehmend neue Anforderungen zukommen, in Form vermehrt rat- und hilfesuchenden Migranten und Migrantinnen, die der Gruppe der „jüngeren Alten“ zuzurechnen sind. Eine entscheidende Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit mit dieser Gruppe liegt somit in der Berücksichtigung dieser Arbeits- und Lebensbedingungen.

Vor diesem Hintergrund wurde das Modellprojekt BACI konzipiert. Ziel war der Versuch über ein zeitlich befristetes Projekt Aufschlüsse darüber zu gewinnen, wie die Lücke in der Versorgung älterer

Migranten und Migrantinnen zukünftig geschlossen werden kann und wie die vorhandenen Dienste der gesundheitsbezogenen Beratung und Versorgung auf die Zielgruppen besser vorbereitet werden können. Dazu bedarf es einer konzeptionellen Neuausrichtung der Sozialen Altenarbeit, deren Kernelemente im Folgenden herausgearbeitet werden.

2. Wo soll es hingehen? Theoretische und praktische Ansätze des Modellprojekts

2.1 Die Ebene der praktischen Beratungsarbeit: präventive und kurative Arbeitsansätze

Vor dem Hintergrund der oben skizzierten Ausgangslage gestaltete sich die institutionelle und professionelle Verortung des Gesundheitstreffs BACI im Gefüge bestehender Angebote und Strukturen zunächst problematisch. Auf der einen Seite bestand die Gefahr, dass das Angebot im öffentlichen, kommunalen Diskurs als ein festes Angebot für eine besonders problematische Bevölkerungsgruppe wahrgenommen und definiert würde. Somit wäre der (gesundheitspolitische) Auftrag der Regeldienste nach einer gleichen Versorgung für alle an ein Spezialangebot für Migrantinnen und Migranten delegiert worden. Auf der anderen Seite bestand - nach Einschätzung der Beteiligten - akuter Handlungsbedarf in der Versorgung der älteren Migranten und Migrantinnen, dem nur - im Anbetracht der kommunalen Versorgungsstruktur - über ein spezifisches Angebot für Personen ausländischer Herkunft entsprochen werden kann. In diesem Gefüge konkretisierte sich der Gesundheitstreff zunächst als ein Angebot, dessen Zielrichtung klar umrissen war, wobei die methodische Anlage jedoch weiterer, fachlich gebundener Verständigungsprozesse bedurfte. Vor diesem Hintergrund erarbeitete die Steuerungsgruppe des Gesamtprojekts einen ersten Aufgabenkatalog, der die entworfene Zielrichtung des Projekts handlungspraktisch einholen sollte.

Auf einer kurativ-orientierten Handlungsebene stand die Beratung der nachfragenden Klientel im Mittelpunkt der Arbeit. In diesem Rahmen sollten u.a. folgende Arbeitsschwerpunkte sichergestellt werden:

- Umsetzung subjekt- und lebenslagenorientierter Beratung der Klientel,
- Sozialpädagogische Begleitung der Klientel im System der gesundheitsbezogenen Regeldienste,
- Sicherstellung aufsuchender Arbeit in den Lebenswelten der Zielgruppen.

Dieser Arbeitsansatz wurde ergänzt durch eine eher präventiv-orientierte Handlungsebene. Die Beratungsstelle sollte u.a.

- zielgruppenorientierte Informationsangebote entwickeln und umsetzen,
- soziale Kontakte innerhalb der vorgefundenen Lebenswelten organisieren,
- Soziale Netzwerkarbeit initiieren und stützen und
- Selbsthilfepotenziale stärken.

Schließlich sollten die Erfahrungen, die die Sozialpädagogin im Zuge ihrer Praxis macht, systematisiert und zukünftig an die bestehenden Dienste zurück gekoppelt werden.

Die Ausrichtung des Projekts BACI diene insgesamt der Erweiterung des professionellen Blicks auf Krankheiten, indem mehr der Umgang mit akuten Situationen bzw. „der Umgang mit Gesundheit im Alltag“ (Faltermaier 2001, S. 93) betont werden sollte.

2.2 Erweiterte Handlungsorientierungen

Die oben entworfenen Arbeitsansätze auf zwei Ebenen betteten sich in spezifische konzeptionelle und theoretische Überlegungen ein. Ausgangspunkt war ein Gesundheitsbegriff, der nicht nur körperliche, sondern auch geistige, seelische und soziale Dimensionen in den Blick nimmt. Der psychosoziale Arbeitsansatz der Beratungsstelle integrierte diese Dimensionen in ein Handlungskonzept, das als ein Mehrebenenmodell der Fallarbeit handlungsleitend sein sollte.

Mehrebenenmodell zur Fallbetrachtung (nach Faltermaier 2001)

<p>Psychische und somatische Dimension</p> <ul style="list-style-type: none">• Erkrankungen und Krankheitsbilder• Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit, Ressourcen der Klientel	<p>Soziale Dimension</p> <ul style="list-style-type: none">• Lebensformen: Beziehung, Partnerschaft, Familie, Erziehung• Soziale Lage (insb. sozioökonomisch)
<p>Ethnie und kulturelle Identität</p> <ul style="list-style-type: none">• Subjektive Deutungs- und Bewältigungsmuster• Selbstbilder und Selbstdefinitionen• Sprache	<p>Migration</p> <ul style="list-style-type: none">• Sozialer Status, Rechtsstatus• Migrationsursachen und -gründe

Mit diesem Modell sind die vier zentralen Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation der Klientel benannt. Der Blick richtet sich folglich auf Belastungen, Risiken, Lebensereignisse sowie auf entwickelte Bewältigungsmuster und Ressourcen. Diese beziehen sich wiederum auf ein Lagenkonzept, das sowohl personale, soziale, materielle und kulturelle Faktoren berücksichtigt. Im Hinblick auf das Interesse, wie mit Gesundheit und Krankheit umgegangen wird, galt es zu fragen, welche subjektiven Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit bei den nachfragenden Personen entwickelt sind und welche Versorgungsleistungen aus dem Gesundheitssystem in Anspruch genommen werden.

Vor dem Hintergrund dieser mehrperspektivischen Betrachtung wird „Gesundheit und Krankheit, Belastung und Bewältigung und soziale Unterstützung (...) als soziale und damit sinnstruk-

turierte Tatsachen (begriffen). Zentral ist somit nicht nur der lebensgeschichtlich-biographische Zusammenhang, sondern ebenso der gesellschaftliche, institutionelle, professionelle und alltägliche Umgang mit Krankheit und Gesundheit (...)“ (Filsinger/Homfeldt 2001, S. 710).

Dieser theoretische Rahmen integriert die eingangs gemachten Überlegungen, indem eine begriffliche und methodische Offenheit für die Erhebung und Reflexion lebensgeschichtlicher Daten und sozialpädagogischer Beratungs- und Unterstützungsleistungen sichergestellt werden sollte.

3. Ausblick

Neben dem rein zahlenmäßigen Anwachsen ist die Bevölkerungsgruppe der älteren Migranten und Migrantinnen durch eine Kumulation von Belastungen geprägt. Des weiteren ist zum einen durch die Zugehörigkeit zur Gruppe der Migranten und Migrantinnen, zum anderen durch das Alter eine doppelte Marginalisierung gegeben, die mit konstituierend für die Lebenslage sowie für Bewältigungsmuster ist. Ältere Migranten und Migrantinnen leben räumlich und - was außerethnische Sozialkontakte angeht - eher isoliert in oft materiell schlecht abgesicherten Verhältnissen. Dabei ist im Durchschnitt von einem schlechteren Gesundheitszustand als bei der deutschen Vergleichsgruppe auszugehen.

Das Wissen über die Lebenssituation älterer Migranten und Migrantinnen ist eine Voraussetzung für die (Soziale) Arbeit mit dieser Zielgruppe. Nur wenn berücksichtigt wird, welche besonderen Belastungen aus der entsprechenden Situation erwachsen und welche Bewältigungsstrategien zum Tragen kommen, kann eine professionelle Arbeit zufriedenstellend für Mitarbeiter und Klienten, erfolgen beziehungsweise die Klienten überhaupt erreichen. Hamburger betont, dass die Fixierung auf Interkulturalität in Konzepten der Sozialarbeit die Gefahr mit sich bringt, die strukturelle Dimension zu vernachlässigen und somit soziale Benachteiligung und Diskriminierung rein auf Basis kultureller Differenzen zu interpretieren (vgl. Hamburger (1999), S. 409).

Die Gruppe der älteren Migranten und Migrantinnen ist als eine Gruppe neben anderen im Rahmen einer pluralen Altenbevölkerung zu sehen. Geht man von dieser Annahme einer in sich differenzierten Altenbevölkerung aus, so ist bezüglich der Altenarbeit auf kommunaler Ebene festzuhalten, dass hier „die Entwicklung eines differenzierten, den verschiedenen Lebensstilen, Lebensformen, Kompetenzen und Bedürfnissen älterer Menschen entsprechenden Spektrums von Angeboten“ eine zentrale Aufgabe darstellt (vgl. Kruse/Schmitt (1998), S. 39). Es ist von einer Pluralisierung der Angebotsstruktur auszugehen, die sich entsprechend in den Konzepten und Programmatiken widerspiegelt und damit auch der Heterogenität des Feldes und seiner Zielgruppen entspricht. Dabei stellt er auch eine Abkehr von älteren normativen Konzepten der Altenarbeit fest, diese wird danach zunehmend von Strategien abgelöst, die offene Gestaltungsräume bereitstellen und damit bedürfnisorientiert angelegt sind (vgl. Schmidt (1999), S. 215). In diesem Zusammenhang verweist Schweppe auf die Biographieorientierung als notwendiges Leitprinzip Sozialer Altenarbeit. Schweppe stellt fest, dass „biographieorientierte Altenarbeit von dem Verständnis aus(geht), dass durch den Zugang zu biographischen Mustern der Lebensgestaltung und Lebensbewältigung zum einen normativen und dadurch leicht in Gang gebrachten Prozessen der Disziplinierung, Stigmatisierung oder Patho-

logisierung entgegengewirkt werden kann und zum anderen vorhandene Kompetenzen freizulegen sind, um – hierauf aufbauend – hilfreiche, angemessene und die Autonomie der Betroffenen stärkende Hilfsangebote bereitstellen zu können“ (Schweppe (1998), S. 327f).

Der entwickelte Arbeitsansatz des Projekts BACI versuchte diesen Forderungen einer professionellen Sozialen Altenarbeit zu entsprechen, in dem ein neuer Blick auf ältere Migranten und Migrantinnen gelegt wurde. Weg von einer problemorientierten Perspektive, die ältere Migranten und Migrantinnen als Sonderfall der Versorgung stilisiert und kulturelle Eigenarten überkonnotiert, hin zu einer offenen, lebensweltbezogenen Sozialen Altenarbeit, die das Subjekt im Beratungs- und Versorgungsprozess stärkt.

Hans-Peter Frühauf und Martin Angres sind Ansprechpartner für die wissenschaftliche Evaluation, durchgeführt durch das Institut für sozialpädagogische Forschung e. V. Mainz.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (1995); *Alte Migranten in Deutschland. Wachsende Herausforderungen an Migrationssozialarbeit und Altenhilfe*. (vorgestellt 58. Herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe), Bonn

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.); *Forschungsprojekt: Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer*, Bonn

Dietzel-Papakyriakou, M./Olbermann, E., 2001: *Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland*. In: Marschalck/Wiedl (Hrsg.), 2001, S. 283-311.

Faltermaier, Toni: *Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive*, In: Marschalck, Peter & Wiedl, Karl-Heinz (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. Osnabrück 2001, S. 93-112

Filsinger, Dieter & Homfeldt, Hans-Günther: *Gesundheit und Krankheit*. In: Otto, Hans-Uwe & Thiersch, Hans: *Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik*, 2. Auflage, Neuwied und Kriftel 2001, S. 705 – 715

Hamburger, F. (1999). *Migration und Soziale Arbeit*, In: Chassé/Wensierski (Hrsg.). (1999). S. 405-420.

Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V (Hrsg.): *Auswertung. Arbeitsstatistik Ausländer-sozialdienste 1999*, Freiburg im Breisgau 2000

Kruse, A./Schmitt, E. (1998). *Entwicklung von kommunalen Angeboten als Antwort auf die Verschiedenartigkeit von Altersformen - ein Überblick über die „Initiative Zweite Lebenshälfte für mehr Lebensqualität“*, In: Kruse (Hrsg.), 1998, S. 38-59.

Schmidt, R., 1999: *Soziale Altenarbeit und ambulante Altenhilfe*, In: Chassé/Wensierski (Hrsg.), 1999, S. 209-220.

Schweppe, C., 1998: *Biographisierung der Altersphase und Biographieorientierung in der Sozialen Altenarbeit*. In: *Z Gerontol Geriat* 31, 325-330, Darmstadt

Wiedel, Karl Heinz & Marschalck, Peter: *Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung*. In: diess.: *Migration und Krankheit*, Osnabrück, 2001, S. 9 – 34



Im Gespräch

von links nach rechts:
Psychiatriekordinator Jockel Jung,
Ministerialrat Bernhard Scholten,
DRK-Mitarbeiter Gerhard Scholz,
Ausländerbeauftragte Maria Weber,
Landrat Hansjochem Schrader,
Sozialpädagogin Sevgi Mala-Caliskan,
Dr. Gerlinde Piepenhagen,
Jockel Jung.



Perspektiven

■ Hans-Peter Frühauf und Martin Angres

Innovation durch Integration und Vernetzung

**Praktische Perspektiven einer integrativen Alten- und Gesundheitshilfe
am Beispiel des Projekts BACI**

„Unser Gesundheitswesen bietet jedem Bürger Dienste, Einrichtungen, Maßnahmen und Vorkehrungen an, um gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden. Dem einzelnen Menschen und seiner jeweils eigenen Lebenswelt hat das Bezugssystem Gesundheitswesen in seiner Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Nachsorge zu dienen.“ (Lauer 1997, S. 416)

1. Drinnen oder draußen?

Im ersten Paragraf des fünften Buches des Sozialgesetzbuches wird die Krankenversicherung im Spannungsfeld von Solidarität und Eigenverantwortung definiert. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens formieren sich im Hinblick auf ihre Dienstleistung als eine Solidargemeinschaft mit präventiver und kurativer Funktion. Vor diesem Hintergrund sind vom (nachfragenden) Subjekt Verhaltenserwartungen verknüpft, die - im Sinne einer Konversionsstrategie - handlungsleitende Motivation zur ‚Rechtstreue‘ herstellen sollen (vgl. Herriger 1986). Das Subjekt ist demnach mitverantwortlich für seine Gesundheit, indem es ein gesundheitsbewusstes Leben führt, sich frühzeitig an Vorsorgemaßnahmen beteiligt und aktiv an der Behandlung mitwirkt (vgl. § 1, SGB V).

Greifen wir nun die Überlegungen Lauers auf, die als Präambel diesem Text vorangestellt sind, so ist für die folgenden Ausführungen der Hinweis auf den Dienstleistungscharakter des Gesundheitswesens im engeren Sinne hinzuweisen. In der Weise, wie der Mensch und seine Lebenswelt in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt wird, schließen sich die gesundheitsbezogenen Leistungen dieser Tatsache an. Öffnen wir vor diesem Hintergrund nun den Blick auf die Zielgruppe der Migranten und Migrantinnen, so lassen sich zwei Thesen formulieren, die als Argumentationsfolie für die Ergebnisdokumentation des Projekts BACI dienen. Demnach wird erstens die gesundheitliche Entwicklung bei älteren Migranten im Vergleich zur Mehrheit der deutschen Bevölkerung anders verlaufen. Die Gründe dafür liegen in den erschwerten Lebens- und Arbeitsbedingungen von Migranten und Migrantinnen in Deutschland, die für den vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand mit verantwortlich sind. Schließlich ist zweitens davon auszugehen, dass auf die Einrichtungen des Alten- und Gesundheitswesens neue Anforderungen zukommen werden, in Form vermehrt rat- und hilfesuchenden Migranten und Migrantinnen. Eine Zielgruppe - so lässt sich festhalten - die zu spät als selbstverständliches Element der Altenbevölkerung und als Kundenstamm des Gesundheitswesens erkannt wurde und dieses vor erhebliche Versorgungsprobleme stellen wird.

Vor dem Hintergrund des skizzierten Arbeitsansatzes des Projekts BACI (vgl. Angres/Frühauf in der vorliegenden Dokumentation, S. 27 ff) werden im Folgenden die zentralen Ergebnisse aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts diskutiert.

2. Wer fragt das Angebot nach? Die soziale Situation der Zielgruppe im Überblick

Das Modellprojekt BACI wurde – im Zeitraum seines zweijährigen Bestehens – von der Zielgruppe angenommen. Allein im Jahr 2001 wurden ca. 40 Personen kontinuierlich beraten und betreut. Neben Einzelgesprächen, Familien- und telefonischer Beratung nahmen die aufsuchenden und begleitenden Anteile der Arbeit großen Raum ein, darunter fielen insbesondere die Begleitung zu Behörden und Besuche der Klientel im eigenen Wohnumfeld. In den ersten Wochen der Beratungsarbeit wurde beobachtet, dass die Klientel zunächst biografische, soziale und alltagspraktische Problemlagen zu Beginn der Beratungspraxis thematisierte, obwohl die institutionelle Rahmung des Projekts als Gesundheitstreff eher gesundheitsbezogene Anfragen und Bearbeitungsfelder erwarten ließ. Damit entstand eine Ausgangslage, die zu intensiven Diskussionen innerhalb der Steuerungsgruppe (s. dazu Angres/Frühauf in diesem Band) über den Arbeitsansatz des Projekts selbst führte. Es zeigte sich schließlich, dass Aussagen über gesundheitliche Beeinträchtigungen und Problembezeichnungen sich erst dann herauschälten, wenn der Raum für die Thematisierung allgemeiner Lebensprobleme und Bewältigungskrisen gegeben war. Dies ist als Hinweis darauf zu lesen, dass die Rede über gesundheitliche Probleme einer besonderen Vertrauensbasis zwischen Ratsuchendem und Beratendem bedarf. Im Hinblick auf die Zielgruppe ist jedoch hervorzuheben, dass damit ein korrelativer Zusammenhang zwischen psycho-sozialer Belastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen besteht. Ein Zusammenhang, der aus der Benachteiligtenforschung bekannt ist (vgl. Hradil 1999). Richten wir zur Erläuterung den Blick auf die sozialen Lebenslagen der Klientel, so wie sie die sozialpädagogische Fachkraft vorgefunden hat. Demnach ist die materielle Ausstattung eines Großteils der Klientel als ungenügend zu charakterisieren. Zwei Drittel leben am finanziellen Existenzminimum und haben Anspruch auf Leistungen gemäß des Bundessozialhilfegesetzes, die zum Teil nicht in Anspruch genommen werden. Die Gründe dafür sind u.a. im Aufenthaltsstatus zu suchen. Mit der Inanspruchnahme der Sozialhilfe wird die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen verknüpft, die sich als Angst vor drohender Abschiebung konkretisiert. Einige ältere türkische Migranten beziehen Frührente wegen Erwerbsunfähigkeit. Dies betrifft insbesondere jene, die 30 bis 40 Jahre als ungelernte Arbeitnehmer in landwirtschaftlichen Betrieben und Produktionsfirmen beschäftigt waren und zum Teil auf eine gebrochene Erwerbsbiografie zurückblicken. Wegen kürzerer Versicherungszeiten liegt die monatliche Altersrente bei diesen Personengruppen zwischen 319,- bis 400,- Euro. Einige Männer berichten – so die Fachkraft – dass sie unregelmäßigen Arbeiten mit einem Stundenlohn zwischen 1,50 und 2,50 Euro nachgehen. Die Frauen türkischer Herkunft waren und sind zum Großteil in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen als Reinigungskräfte tätig und haben bisher noch keine Rentenansprüche erworben.

Vor diesem Hintergrund ist also von einer erhöhten Armutsbelastung der Zielgruppe auszugehen, die Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation hat bzw. haben wird.

Die unzureichende materielle Ausstattung der nachfragenden Personengruppen zeigt sich schließlich auch in der Wohnsituation. Die Hausbesuche, die die Mitarbeiterin machte, zeigten, dass die Wohnungen einfach bis schlecht ausgestattet waren. Sie sind überwiegend angesiedelt in renovierungsbedürftigen Immobilien, in Seiten- oder Hinterhäusern. Die sanitären Anlagen, Heizung und Isolierung weisen einen niedrigen bis mangelhaften Standard auf.

Binden wir diese Erfahrungen und Beobachtungen in allgemeine Aussagen über die Lebenslagen von älteren Migranten und Migrantinnen ein, so lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen, die in der Betrachtung und Einschätzung des Gesamtzusammenhangs von Relevanz sind:

- Bei der Gruppe der älteren Migranten ist von einer früheren Berufsaufgabe sowie einem erhöhten Risiko der Frühinvalidität auszugehen. Naegele leitet daraus ein durchschnittlich höheres Einkommensrisiko sowie ein durchschnittlich höheres Krankheitsrisiko ab (vgl. Naegele 1998, S. 19ff).
- Zusätzlich ergibt sich durch durchschnittlich kürzere Versicherungsverläufe und in Teilen geringere Verdienste eine oft unzureichende Alterssicherung. Dies drückt sich auch in einer überdurchschnittlich hohen Abhängigkeit von Sozialleistungen bei älteren Migranten aus (vgl. Messmer 2000, S.9). Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass aus verschiedenen Gründen ein Teil der anspruchsberechtigten älteren Migranten diese Ansprüche nicht geltend macht. Somit dürften in dieser Gruppe überdurchschnittlich viele Menschen an oder unter der Armutsgrenze leben (vgl. Baric-Büdel, 2001, S. 27).
- Bei dieser Gruppe kann nicht von der ansonsten typischen Feminisierung des Alters gesprochen werden. Dies trägt in besonderer Weise zur Singularisierung des Alters bei, mit dem Resultat, dass ältere Migranten häufiger in Ein-Personen-Haushalten leben. Dabei ist davon auszugehen, dass bei einer ohnehin schlechteren Versorgung von Migranten mit Wohnraum (vgl. Messmer a.a.O.) die Wohnungen im Durchschnitt weniger altengerecht sind. Dies kann mit damit zusammenhängen, dass durch die Rückkehrorientierung oft eine Verbesserung der materiellen Bedingungen im Herkunftsland angestrebt wurde, bei gleichzeitiger Vernachlässigung dieser im Aufnahmeland (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993, S. 98).
- Mit ausschlaggebend für die Möglichkeit, eigene Bedürfnisse artikulieren zu können sowie für die Teilhabe am öffentlichen Leben, ist die Beherrschung der Sprache. Hier ist bei einem großen Teil der Älteren davon auszugehen, dass diese die deutsche Sprache eher schlecht oder gar nicht beherrschen (vgl. Messmer 2000, S. 10). Dabei ist zu vermuten, dass die Fähigkeit zu lesen noch schlechter ausgeprägt ist, als die zu sprechen, auch weisen Frauen hier insgesamt die schlechtere Sprachkompetenz auf.
- Das Leben der Arbeitsmigranten in Deutschland ist vielfach auf innerethnische Beziehungen ausgerichtet, deren Bedeutung sich vor allem mit dem Alter verstärkt. Dabei ist davon auszugehen, dass ältere Migranten vor allem räumlich konzentriert in städtischen Ballungsgebieten leben (vgl. hierzu und im Folgenden: Baric-Büdel 2001, S. 31f.). In ländlich-strukturierten Räumen stellt sich die Problemlage noch schärfer dar, als Einzelhaushalte bisweilen komplett vom sozialen Leben abgeschottet sind und Angebote der sozialen Altenarbeit nicht in Anspruch genommen werden und die wichtigen Angebote der Migrantenorganisationen – aufgrund zu großer räumlicher Distanz - nicht erreicht werden.

3. Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen des Regelversorgungssystems

Die bisherige Argumentation zeigte, welchen Belastungen Migranten und Migrantinnen ausgesetzt sind, die die Einrichtung aufsuchten. Dies wirft schließlich die Frage auf, welche Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen des Regelversorgungssystems zu identifizieren sind. Denn „(die) Summe dieser Belastungsfaktoren ließe eigentlich erwarten, dass Migranten und Migrantinnen unter der Klientel der sozialen und psychosozialen Dienste in öffentlicher und freier Trägerschaft überproportional vertreten sind. Dem ist aber nicht so“ (Gaitanides 2001, S. 181).

3.1 Zugangsbarrieren aus Sicht der Zielgruppe

Bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfen, die deutlich geringer ausfällt als dies aufgrund des Bevölkerungsanteils zu erwarten ist, wird angenommen, dass ältere Migranten zumindest derzeit noch häufiger und länger in den Familien versorgt werden (vgl. Messmer 2000, S. 12). Gleichzeitig ist seitens älterer Migranten von einer zweckoptimistischen Überschätzung familiärer Hilfspotentiale auszugehen (vgl. Vahsen 2000, S. 15). Dies kann bedeuten, dass selbst bei hohem Hilfebedarf eine Inanspruchnahme professioneller Hilfe erst sehr spät erfolgt, obwohl angenommen werden kann, dass ältere Migranten zwar Art und Inhalt der Einrichtungen kennen, aber wenig Gebrauch davon machen (vgl. Olbermann nach Vahsen, a.a.O.). Die Erfahrungen, die die Mitarbeiterin im Projekt gesammelt hat, belegen diese Einschätzung.

Welche Zugangsbarrieren lassen sich nun ausmachen (vgl. hierzu im Folgenden: Gaitanides 2001, S. 182f sowie Messmer (2000), S. 14 und Al-Barghouti (2000), S. 18ff)?

Zunächst sind es - wie zu erwarten - Sprachprobleme, dass die Nutzung von Einrichtungen des Regelversorgungssystems durch Migranten eingeschränkt ist. Für viele Migranten stellt somit das Fehlen muttersprachlicher Mitarbeiter in Beratungsstellen eine Zugangsbarriere dar. Es kann umgekehrt festgestellt werden, dass das Einstellen von Migranten den Anteil der Migranten an der Klientel anwachsen lässt. Der erleichterte Zugang resultiert dabei nicht nur aus sprachlichen und kulturellen Hintergrundkenntnissen, sondern auch aus dem Gefühl, ein gemeinsames Migrationschicksal zu teilen. Aus diesem Zuschreibungsprozess heraus lässt sich auch erklären, warum die Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund auch einen Türöffnereffekt für Migranten anderer ethnischer Herkunft haben kann.

Neben Verständigungsschwierigkeiten sind erlernte Handlungsmuster festzustellen, nach denen vor allem im Bereich psychosozialer Einrichtungen eine Hemmschwelle besteht, mit Außenstehenden über innerfamiliäre Probleme zu sprechen. Verstärkt wird dies sicherlich auch durch die oben angesprochenen Überschätzung des innerfamiliären Hilfspotentials.

Als weitere Zugangsbarriere wird eine, nicht zuletzt durch den Migrationsprozess soziokulturell vermittelte Leidensbereitschaft angeführt. Diese verhindert es, Hilfsangebote in einem Stadium in Anspruch zu nehmen, in dem die Probleme noch kein spektakuläres Ausmaß angenommen haben. Dazu kommt, dass Hilfestellungen, die auf eigene Problemlösungskompetenzen zielen, oft als Desinteresse des Hilfesystems gewertet werden, wenn nicht manifeste Lösungsstrategien angeboten werden.

Die Komplexität des bestehenden Hilfesystems kann gleichermaßen als Zugangsbarriere angesehen werden. Mangelhaftes Verfügen über entsprechende Informationen sowie die räumliche Immobilität der Zielgruppe erschweren die Kontaktaufnahme mit geeigneten Stellen. Zusätzlich sind viele hier bestehende Angebote im Herkunftsland in dieser Form nicht bekannt, so dass hieraus ein niedriges Erwartungsniveau an das sozialstaatliche Hilfe- und Beratungssystem resultiert. Wie bereits oben dargelegt, stellte im Projekt BACI die Aufgaben begleitender und unterstützender Arbeit eine wesentliche Säule der Arbeit dar.

Letztendlich lassen sich auch Ängste vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen der Regelversorgung feststellen. Oft besteht die Befürchtung, dass Informationen über Notlagen von Beratungsstellen weitergegeben würden, die zur Ausweisung führen könnten.

Es lassen sich also auf Klientenseite Zugangsschwierigkeiten beschreiben, die im Wesentlichen mit Sprachproblemen und unterschiedlichen Handlungs- und Bewältigungsmustern charakterisiert werden können.¹ Erschwert wird die Situation durch vielfach unzureichende Informationen über Hilfsangebote und deren jeweilige Intention. Es ist davon auszugehen, dass die hier für die gesamte Gruppe der Migranten beschriebenen Zugangsbarrieren bei älteren Migranten eher noch ausgeprägter sind, da dort, wie festgestellt wurde, Kompetenzen in der deutschen Sprache oft sehr wenig ausgeprägt sind und ein Rückzug in die eigene Ethnie eine Öffnung gegenüber der Aufnahmegesellschaft und ihren Hilfesystemen zusätzlich erschwert.

3.2 Zugangsbarrieren aus Sicht der Einrichtungen

Bei der Betrachtung von Zugangsbarrieren seitens der Einrichtungen sind verschiedene Problemfelder natürlich analog zu den oben dargestellten Barrieren aus Sicht der Zielgruppe zu verstehen. In der Literatur finden sich übereinstimmend Hinweise auf die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung bestehender Einrichtungen.² Ein Fehlen dieser wird als Ursache dafür gesehen, dass Leistungsanbieter häufig keine zutreffende Vorstellung des eigenen Angebotes vermitteln können. Es wird weiter angeführt, dass vor allem im Bereich der Altenhilfe nur wenig Kenntnisse bezüglich Einrichtungen der Migrationssozialarbeit existieren, so dass eine als notwendig erachtete Zusammenarbeit hier nur schwer ermöglicht werden kann. Bezüglich der Zielgruppe „ältere Migranten“, die, wie beschrieben wurde, häufig kaum außerethnische Kontakte hat, stellt sich auch die Komm-Struktur des Altenhilfesystems als Problem dar. Entsprechende Angebote und Möglichkeiten der Hilfestellung zu kommunizieren dürfte vor diesem Hintergrund nochmals erschwert sein.

1 Nach Eberding/Schlippe (2001), S. 268ff, ist vor allem bei Fragen im Bereich der Gesundheit von auffallenden Unterschieden bezüglich der Erwartungen und Deutungsmuster zwischen Migranten auf der einen Seite und dem deutschen Gesundheitssystem auf der anderen Seite auszugehen. Diese können die Kommunikation zwischen den Beteiligten extrem erschweren. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann auf diesen Aspekt nicht näher eingegangen werden, es ist jedoch davon auszugehen, dass die genannten Unterschiede mit dazu beitragen können, den Zugang von Migranten zu Einrichtungen des Gesundheitssystems zu erschweren.

2 Grundlage für die Ausführungen in diesem Abschnitt sind wiederum Gaitanides (2001), S. 183ff sowie Messmer (2000), S. 14 und Al-Barghouti (2000), S. 18ff

Eine als bedeutsam angesehene Barriere wird in der Wirkung unbewusster Vorurteile gegenüber Migranten gesehen. Diese reichen von der Frage seitens der Mitarbeiter, inwieweit Migranten in vollem Umfang sozialstaatliche Leistungen in Anspruch nehmen sollen bis hin zur Orientierung an grob kollektiv vermittelten Klischeevorstellungen gegenüber Migranten. Dabei kann die Vorstellung von einem geschlossenen traditionellen Weltbild der ersten Einwanderergeneration und den extremen dysfunktionalen Modernisierungsdefiziten der Familien zum einen den Blick auf bereits stattfindende Entwicklungen versperren, zum anderen werden dadurch kulturspezifische Problemlösungsstrategien sowie Bewältigungsstrategien, die im Migrationskontext erlernt wurden, übersehen. Auf Mitarbeiterseite kann hier die Angst zum Tragen kommen, mit erlernten Grundlagen und Methoden bei Menschen aus einer unterstellten fremden Kultur (vgl. Gaitanides 2001, S. 184) nicht arbeiten zu können, was professionelle Kompetenzverlustängste zur Folge haben kann. Dieser Problemzusammenhang wurde in besonderer Weise in der Arbeit des Projekts BACI beobachtet.

Ein letzter Aspekt, der die Arbeit mit Migranten aus Mitarbeitersicht erschweren kann, ist die oftmals prekäre soziale Lage, die wie im vorigen Abschnitt geschildert nicht zuletzt entstehen kann, wenn professionelle Hilfe erst in Anspruch genommen wird, wenn die Lage schon angespannt ist.

Bezüglich der Mitarbeiterschaft beschreibt Gaitanides (vgl. ebenda, S. 185f) mögliche Widerstände und Abwehr bei Versuchen, die Dienste interkulturell zu öffnen. „Einschlägige Fortbildungen werden nur schwach nachgefragt oder erreichen nur durch einen überdurchschnittlichen Werbeaufwand und den Nachdruck der Arbeitgeber ihre Adressaten.“ Daneben macht Gaitanides auch Ängste gegenüber der Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund aus. Dies aus Konkurrenzgründen, aus Furcht vor Mehrarbeit, wenn so neue Klientengruppen erschlossen werden sowie aufgrund von Ressentiments bezüglich der professionellen Kompetenz muttersprachlicher Mitarbeiter.

Die Zugangsbarrieren zu Einrichtungen des Regelversorgungssystems, wie sie hier beschrieben wurde, liegen somit vor allem in einer fehlenden interkulturellen oder besser integrativen Ausrichtung der Arbeit, die Konzepte und Methoden entlang der realen Problem- und Bedarfslagen der Klientel verfolgt.

4. Innovation durch integrative Arbeitsansätze und Vernetzung!

Einer Antwort auf die Frage, wie speziell Angebote der Altenhilfe in diesem Zusammenhang sein müssen, kann man sich schließlich unter zwei Aspekten annähern: Zum einen scheint eine interkulturelle Öffnung bestehender Regeldienste geboten, zum anderen kann durch eine Vernetzung der Regeldienste mit Spezialdiensten für Migranten eine Sensibilisierung beider Seiten erwartet werden. Spezifische Wissensbestände, einerseits migrationsbezogen, andererseits altersbezogen, können so gegenseitig nutzbar gemacht werden.

Das Modellprojekt BACI zeigt, dass die Inanspruchnahme durch die Zielgruppe auf einen bestehenden Bedarf verweist, der in diesem Umfang von anderen Diensten wohl nicht erkannt wird. Aus den aufgezeigten Hemmnissen, die oft die Beratung älterer Migranten erschweren oder überhaupt

nicht zustande kommen lassen, wurden Inhalte abgeleitet, die Bestandteil einer zielgruppendifferenzierten Öffnung der Regeldienste sein sollten. Diese Inhalte betreffen vor allem die Bereiche Lebenslagen älterer Migranten, milieuspezifische Besonderheiten und Vernetzungsstrategien. Informationen und Fortbildungen bezüglich einer Öffnung der Einrichtungen der Regeldienste sollten die folgenden Inhalte vermitteln:

- Informationen über die demographische und gesundheitliche Entwicklung älterer Migranten sowie über den Umfang des bereits bestehenden Hilfe- und Pflegebedarfes, auch jeweils verbunden mit Informationen zur soziodemographischen Situation vor Ort.
- Kenntnisse über die Lebenslage älterer Migranten und daraus erwachsende spezifische Belastungen. Dazu zählen auch Informationen über Familienstrukturen und Netzwerkbeziehungen.
- Hinweise auf milieuspezifische Unterschiede, die das Verhalten und Erleben beeinflussen und Einfluss auf Bewältigungsmuster und -strategien haben können.
- Strategien eines zugehenden, Netzwerke und Familienstrukturen einbindenden Arbeitsansatzes.
- Strategien der Vernetzung mit migrationsspezifischen Diensten und Einrichtungen, sowie der Zusammenarbeit mit Multiplikatoren. Eine wichtige Funktion der Vernetzung wird hier auch hinsichtlich der Sensibilisierung der Mitarbeiter der Altenhilfe und migrationsspezifischer Einrichtungen für das Arbeitsfeld des jeweils anderen gesehen.
- Die Notwendigkeit stark personenzentrierter Arbeitsansätze, die biographie- und lebenslagenorientiert sind.

Bezüglich der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung können die bestehenden Einrichtungen mit diesen Inhalten auf die zunehmenden Anforderungen der Arbeit mit älteren Migranten vorbereitet werden, und es kann eine verstärkte Sensibilisierung für bestehende Bedarfe erreicht werden. Aufgrund unterschiedlicher Erfahrungszusammenhänge einzelner Einrichtungen in der Arbeit mit älteren Migranten scheint es sinnvoll, auch den überörtlichen Austausch zwischen den Diensten und damit einen Erfahrungstransfer zu fördern. Erkenntnisse aus der Arbeit von Modellprojekten wie BACI sollten dabei entsprechend aufgearbeitet und für die Mitarbeiter verwandter Stellen nutzbar gemacht werden.

Wenn es in diesem Sinne gelingt, die Einrichtungen des Regelversorgungssystems mit entsprechenden Inhalten in Richtung einer interkulturellen Öffnung weiterzuqualifizieren, kann damit eine rechtzeitige Vorbereitung dieser Einrichtungen auf die künftigen Anforderungen erfolgen.

Literatur

Al-Barghouti, G., 2000: *Alte Migranten und die Altenhilfe: Übertragung der niederländischen Inforeihe für Senioren türkischer Herkunft*, In: Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Württemberg e.V. (Hrsg.), 2000, S. 16-25.

Auernheimer, G. (Hrsg.), 2001: *Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen*, Opladen.

Dietzel-Papakyriakou, M., 1993: *Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben?* (Soziologische Gegenwartsfragen. Neue Folge, Nr. 54., Herausgegeben von H. Baier et al.), Stuttgart.

Dietzel-Papakyriakou, M./Olbermann, E., 2001: *Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland*, In: Marschalck/Wiedl (Hrsg.), 2001, S. 283-311.

Gaitanides, S., 2001: *Zugangsbarrieren von Migrant(inn)en zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung*. In: Auernheimer (Hrsg.), 2001, S. 181-194.

Herriger, N., 1986: *Präventives Handeln und soziale Praxis*, Weinheim und München

Hradil, S., 1999: *Soziale Ungleichheit in Deutschland*, Opladen

Lauer, W., 1997: Gesundheitswesen, In: Deutscher Verein (Hg.): *Fachlexikon der sozialen Arbeit*, Frankfurt am Main, S. 416-417

Messmer, P., 2000: *Versorgungssituation und Hilfebedarf älterer MigrantInnen. Ergebnisse einer Studie in Baden-Württemberg*, In: Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Württemberg e.V. (Hrsg.), 2000, S. 6-15.

Naegele, G., 1998: *Älter werden in der Fremde*, In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), 1998, S. 19-31

Vahsen, F.G., 2000: *Migration und Soziale Arbeit. Konzepte und Perspektiven im Wandel*, Neuwied, Kriftel.

Ausblick & Perspektiven

Maria Weber

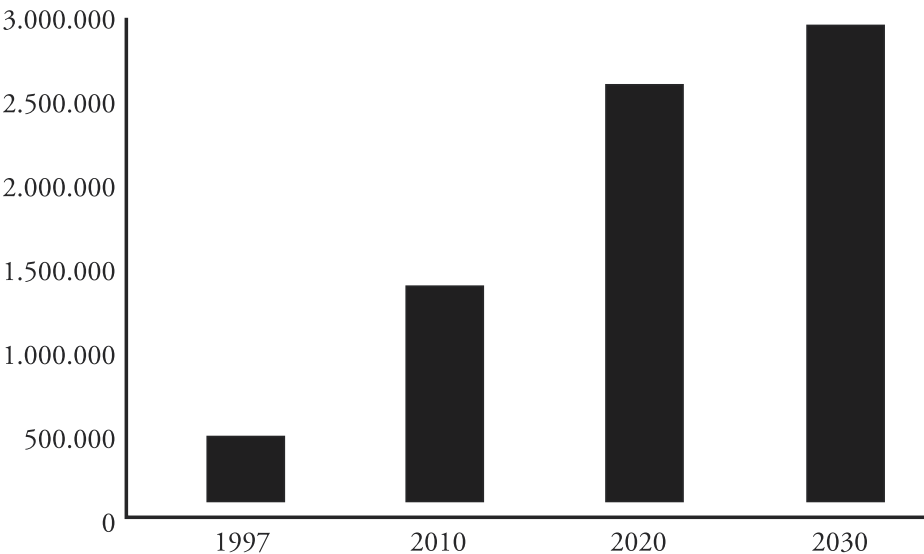
Erfahrungen nutzen und zu Strukturverbesserungen kommen

Wenn sich heute die Bundesrepublik Deutschland als Einwanderungsland versteht, erfordert dies viele – auch längst überfällige – Änderungs- und Anpassungsprozesse. Sie betreffen nicht nur die Bundes-, Landes- und die kommunale Handlungsebene im Sinne struktureller Verbesserungen, etwa die seit vielen Jahren diskutierte „Interkulturelle Öffnung der Regeldienste“. Sie betreffen auch und vor allem die Menschen, die in diesen Zusammenhängen professionell tätig sind: Fachkräfte der Altenhilfe, der Gesundheitsversorgung (Beratung, Betreuung, Therapie), der Pflege usw. Neue und erweiterte Qualifikationen und Kompetenzen werden benötigt, um die anstehenden Aufgaben bewältigen zu können und um sich damit endgültig von der Illusion zu verabschieden, dass Zugewanderte im Alter in ihre Herkunftsländer zurückkehren werden.

Eine Modellrechnung zeigt, dass die Zahl der Migrantinnen und Migranten über 60 bis 2010 auf 1,3 Millionen und bis 2030 auf 2,8 Millionen ansteigen wird (Bundesgebiet).

Personen ausländischer Herkunft über 60 Jahre

Quelle: Sozialcourage 2/2000



Das Bild des sich seit vielen Jahren abzeichnenden demografischen Wandels (starker Geburtenrückgang) und die Veränderung der Alterspyramide (starke Zunahme der Gruppe der Seniorinnen und Senioren) zeigt sich auch in unserem Bundesland. Zum Stichtag 31. Dezember 2001 lebten in Rheinland-Pfalz 4.049.066 Menschen. Von diesen sind 994.976 sechzig Jahre und älter. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung über 60 Jahre in Rheinland-Pfalz betrug zu diesem Stichtag gut 8 Prozent oder 23.954 Personen. In 1990 entfielen auf diese Gruppe insgesamt 5,8 Prozent.¹ Die genannten Zahlen beziffern nur die Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Berücksichtigt man alle Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund (das heißt zudem die bereits Eingebürgerten sowie auch Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler), so fällt der Anteil der Gruppe älterer zugewanderter Menschen über 60 Jahre an der Gesamtbevölkerung noch erheblicher aus, und es zeichnet sich die starke Zunahme dieser Personengruppe noch deutlicher ab.²

Es gibt aber eine zweite Illusion, die aufgegeben werden muss, nämlich dass einfach durch Zeitablauf die Schwierigkeiten weniger werden würden. Das trifft nur für diejenigen zu, denen es gelingt, die deutsche Sprache zu erlernen und im Umgang mit dem Hilfs- und Unterstützungssystem der Gesundheitsversorgung kompetent zu werden, auch durch die Nutzung der entsprechenden Informations- und Beratungsangebote. Erweitert man die Perspektive auf die Einwanderungsgesellschaft insgesamt, so ist zu fragen: Was ist mit denjenigen, die neu hinzukommen? Zuwanderung ist ein permanenter Prozess, und das Erlernen der deutschen Sprache braucht Zeit. Zudem gibt es Gruppen unter den Zugewanderten, die keinen Zugang zu den Sprachlernangeboten in Deutsch erhalten. Auch die bereits lang Ansässigen, die über nicht ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen, benötigen spezielle Unterstützung, weil es nicht realistisch ist, von über 60jährigen Menschen zu verlangen, zuerst einen Deutschkurs zu besuchen, bevor sie das Gesundheitsversorgungssystem nutzen. Aus all dem folgt, dass ältere Migrantinnen und Migranten zwar eine zunehmend wichtiger werdende Gruppe sind, dass es zugleich aber weitere Gruppen gibt, die eine Umorientierung auf der strukturellen Ebene (Interkulturelle Öffnung der Regeldienste) und auf der personellen Ebene (Interkulturelle Kompetenz der Fachkräfte) dringlich werden lassen.

Handlungsbedarf in Rheinland-Pfalz

Wie sieht es mit der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung der älteren Migrantinnen und Migranten aus? Das Pilotprojekt BACI hat hierzu klare Ergebnisse erbracht und gibt Hinweise, wie sowohl den Bedürfnissen der ausländischen Seniorinnen und Senioren besser Rechnung getragen

1 Siehe hierzu *Migration und Alter – Kennzeichen des Alterns ausländischer Menschen und bevölkerungstatistische Aspekte zur Situation in Rheinland-Pfalz*, Hg. Landesbeauftragte für Ausländerfragen, Mainz 1992, außerdem der Beitrag der Landesbeauftragten für Ausländerfragen in der Zeitschrift *Spätlese* Oktober – Dezember 2001, Hg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit sowie Beiträge in der Zeitschrift „Treffpunkt“, Hg. Landesbeauftragte für Ausländerfragen

2 *Wir leben in Rheinland-Pfalz – Ausländische Bevölkerung 2002*, Hg. Landesbeauftragte für Ausländerfragen, Mainz 2003

werden kann und zugleich die Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung so verändert werden können, dass das Fachpersonal mit den sich wandelnden Anforderungen umzugehen in der Lage ist. Erforderlich ist deshalb, dass die Thematiken „Zuwanderung und Integration“ sowie „Interkulturelle Kompetenz“ in der Ausbildung der Fachkräfte fest verankert werden. Darüber hinaus müssen für diejenigen, die bereits im Feld tätig sind, entsprechende Fortbildungsangebote aufgelegt werden.

Erforderlich ist weiterhin, dass die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ihre Organisations- und Personalentwicklung dem gesellschaftlichen Wandel anpassen. Das heißt, man muss darauf achten, dass in ihren Rahmenkonzeptionen die Interkulturelle Öffnung festgeschrieben und die Personalauswahl durch die Hinzugewinnung von Fachkräften mit Migrationserfahrung und den benötigten Kenntnissen für die zahlenmäßig häufigsten Herkunftssprachen der Klientengruppen gesteuert wird.

Weiter voran zu treiben ist die Vernetzung von bestehenden Spezialdiensten der Migrationssozialarbeit mit den Regeldiensten. Expertenwissen und Erfahrungen auf beiden Seiten können und müssen zusammengeführt und besser genutzt werden. Migrantenorganisationen, Kulturvereine und Ärzte können dabei zusätzliche Multiplikatorenfunktionen übernehmen.

Schließlich ist es erforderlich, eine gezielte Aufklärungs- und Informationsarbeit zu leisten. Sie muss sich grundsätzlich an der kulturell, sprachlich und religiös vielfältigen Bevölkerung orientieren. Das bedeutet: Wo erforderlich, muss sie sich in den Herkunftssprachen an die Zielgruppen richten. Hierzu leistet die Landesbeauftragte für Ausländerfragen seit vielen Jahren im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihren Beitrag, und sie wird darin auch in Zukunft einen ihrer Schwerpunkte setzen. Alle Investitionen, die in diesen Bereich fließen, zahlen sich mittel- und langfristig sehr wohl aus, sind also gut angelegtes Geld.

Ziel unserer Bemühungen muss die gleichberechtigte Teilhabe von Migrantinnen und Migranten in allen Einrichtungen des Gesundheitssystems unseres Landes sein. Wir können es auf Dauer nicht hinnehmen, dass Gruppen von Menschen in unserem Gesundheitssystem deshalb eine schlechtere Versorgung haben, weil sie anderer kultureller und sprachlicher Herkunft sind. Es ist, mit anderen Worten, unausweichlich, dass sich die Regeldienste auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten einstellen. Die Signale dazu müssen aus der Politik kommen, auch die tatkräftige Unterstützung dabei, aber die Umsetzung geschieht wie immer vor Ort. Diese Verantwortung zu übernehmen kennt keine Alternative.

Maria Weber ist Landesbeauftragte für Ausländerfragen Rheinland-Pfalz

Bisher in dieser Reihe erschienen:

Interkulturelle Mediation - Konflikte als Chance begreifen

Deutscher Pass – Ziel erreicht? Das neue Staatsangehörigkeitsrecht und seine Auswirkungen auf die Multiplikatorenarbeit
Dokumentation des I. Integrationsforums Rheinland-Pfalz 1999
Oktober 2000

Der Islam in europäischen Nachbarländern – am Beispiel diskutiert
Dokumentation der gleichnamigen Fachtagung vom 4. Mai 2000 in Mainz mit Experten aus Großbritannien, Frankreich, Österreich und den Niederlanden
September 2001

Ohne Sprache geht es nicht – Anforderungen in einer Einwanderungsgesellschaft
Dokumentation des II. Integrationsforums Rheinland-Pfalz 2000
Dezember 2001

Störenfried oder Begleiter? Die fremdsprachigen Medien im Integrationsprozess
Dokumentation der gleichnamigen Fachtagung vom 15. Mai 2001
April 2002

Diskriminierung – Ende in Sicht!? Antidiskriminierungsarbeit in Rheinland-Pfalz
Dokumentation des III. Integrationsforums Rheinland-Pfalz vom 4. Dezember 2001
November 2002

Alles „anti“ – alles klar? Antidiskriminierung im europäischen Vergleich
Dokumentation der gleichnamigen Fachtagung vom 22. Mai 2002 mit Experten aus Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Schweden und vom EUMC, Wien, November 2002

Fünfzehn Jahre Landesbeauftragte für Ausländerfragen: Bilanz & Perspektiven
Dokumentation des IV. Integrationsforums vom 12. November 2002 in Mainz
Mai 2003

Impressum

Herausgeberin: Landesbeauftragte für Ausländerfragen bei der Staatskanzlei Rheinland-Pfalz

Redaktion: Mechthild Gerigk-Koch M.A.
Dr. Stefan Zakrzewski

Satz & Layout: ART.five, Mainz (www.artfive.de)

Druck: Druckerei Eckoldt, Ingelheim

Mainz 2003